

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

643

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 20 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Mademoiselle Régina PRZECISZEWSKA

Née à Rossiény, le 23 Mars 1875

INSUFFISANCE Ovarienne

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Juges : MM. BRISSAUD, professeur.

WIDAL et THOINOT, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE N°

643

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 20 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Mademoiselle Régina PRZECISZEWSKA

Née à Rossieny, le 23 Mars 1875

INSUFFISANCE Ovarienne

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Juges : MM. BRISSAUD, professeur.

WIDAL et THOINOT, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUVÉ & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LEDENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MENETRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

À la mémoire de mon Père

A ma Mère

A mon Grand-Père, le Comte Straszewicz

A tous les miens et à tous mes Amis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur.

Qu'il nous soit permis dans cette thèse, qui marque la fin de nos études, de remercier tous ceux de nos MAITRES qui, en nous admettant dans leurs services et à leurs cours, par leur enseignement éclairé et bienveillant nous ont guidé dans ces études. Nous gardons pour EUX un sentiment de profonde reconnaissance et de gratitude.

Nous remercions aussi Monsieur le Professeur LANDOUZY, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Introduction

Nous nous proposons d'étudier, dans notre thèse, « l'Insuffisance ovarienne ». Or, ce n'est là qu'un chapitre d'une question beaucoup plus vaste, mais encore mal définie : la physiologie glandulaire. Les premiers biologistes, qui, à la faveur des découvertes histologiques, ont été à même de rechercher le rôle des glandes dans l'économie, ont eu de ce rôle une conception très simple, mais incomplète : chaque appareil leur est apparu, en effet, comme doué d'une fonction bien spéciale, l'élaboration d'un produit qui est déversé à la surface de la peau ou d'une muqueuse quelconque : ce rôle est indiscutable ; c'est la sécrétion dite externe dont une observation, même superficielle, suffit souvent pour affirmer l'existence. Mais, plus tard, on reconnut que les glandes possédaient des fonctions plus complexes ; des physiologistes et ensuite des chirurgiens, remarquèrent que l'ablation d'un de ces appareils avait un retentissement sur

l'état général : ce fait ne s'accordait pas avec l'ancienne théorie ; force fut donc d'admettre que les glandes, en dehors de leur rôle bien particulier à chacune d'elles, bien spécialisé, possèdent une autre sécrétion, interne cette fois, c'est-à-dire élaborent des produits qui ne sont plus déversés à l'intérieur, mais passent directement dans le sang.

Une fois née, cette conception ne tarda pas à évoluer, et des expériences chaque jour répétées permirent de reconnaître que cette sécrétion interne n'était pas l'apanage de quelques appareils, mais appartenait à tous, aussi bien au foie qu'au rein, au corps thyroïde qu'au poumon. — Or, pour nous cantonner dans notre sujet, il fut relativement facile d'établir l'existence de cette sécrétion pour l'ovaire. — Un fait, d'observation aussi vieille que courante, est le trouble profond apporté par la ménopause dans la vie de la femme ; l'arrêt du fonctionnement de l'ovaire, qui va subir l'évolution sénile, ne commande pas seulement la stérilité ; il amène des perturbations dans tout l'organisme, aussi bien dans la sphère physique que dans le domaine psychique.

D'autre part, les cliniciens furent, chaque jour, à même d'observer des troubles marqués à la suite de l'ovariectomie ; ces troubles font souvent de la femme, une personne vieillie avant l'âge, de nervosisme exagérée, de moindre résistance ; interrogée sur son état, elle vous répond « qu'elle ne se sent plus comme autrefois » ;

ces accidents ont pu être assez prononcés parfois pour fournir une arme aux adversaires de l'ovariectomie précoce. Cette opération produit donc une ménopause prématurée en supprimant la fonction interne dévolue à l'ovaire.

Or, un fait d'observation plus difficile, put cependant être dépisté par certains cliniciens : les gynécologues, principalement, furent à même de constater la similitude de troubles fonctionnels, chez les ovariectomisées et chez des femmes dont les ovaires présentent des lésions plus ou moins appréciables, cliniquement parlant. La théorie, du reste, pouvait déjà mettre sur la voie de cette conception ; on savait, par exemple, qu'un corps thyroïde altéré amène des accidents cachectiques spéciaux ; n'est-il pas logique d'admettre qu'un ovaire malade influe sur l'état général de la femme ? La clinique apporte un substratum à cette idée ; l'examen minutieux de tous les appareils, la recherche de la valeur séméiologique de chaque trouble, permet d'établir une parenté entre toutes les ovariennes ; ce sont des femmes qui ont des ovaires, mais des ovaires à sécrétion interne défectueuse ou nulle ; en un mot, elles souffrent d'*Insuffisance ovarienne* suivant l'expression très juste de M. Le Dr Jayle (1), qui nous a inspiré l'idée de cette thèse.

(1) F. Jayle. — L'insuffisance ovarienne, (Presse médicale, 17 Mars 1900).

L'insuffisance ovarienne peut donc être définie : *l'ensemble des troubles déterminés par l'hypo fonction de la glande ovarienne considérée au seul titre de glande à sécrétion interne.*

Essayer de définir l'aspect clinique de cette insuffisance, en rechercher les causes, tracer dans les limites du possible les lésions anatomiques qui s'y rapportent, esquisser, enfin, les bases du traitement qui devra être employé, tel est notre but.

Peut-être pourra-t-on nous objecter que cette thèse vient un peu prématurément, — que nos idées sont encore insuffisamment étayées sur des faits anatomiques ; — mais nous avons été tenté par l'idée de réaliser un travail de synthèse. Il est intéressant, au point de la pathologie générale, de pouvoir établir un lien de parenté entre des troubles en apparence très différents : telle femme se présente comme nerveuse, telle autre comme dyspeptique ; la connaissance de la possibilité d'insuffisance ovarienne va nous permettre de rattacher ces perturbations à la même cause. Mais cette question aura surtout un grand intérêt pratique ; car, seule, elle nous permettra d'instituer une thérapeutique rationnelle.



HISTORIQUE

De la sécrétion interne de l'ovaire

La notion de la sécrétion interne des glandes en général est de date relativement récente. Cependant déjà au commencement du siècle dernier, en 1801, dans ses « Œuvres complètes, Legallois (1) énonce le premier ce principe physiologique. Mais en réalité c'est Claude Bernard (2) qui, en 1855, établit d'une manière indiscutable la théorie de la sécrétion interne et en donne une démonstration positive. « La cellule sécrétoire attire, crée et élabore en elle-même le produit de sécrétion qu'elle verse soit en dehors sur les surfaces muqueuses, soit directement dans la masse

(1) *C. Legallois*. — Œuvres complètes de C. Legallois, édition Pariset, 1824, vol. 2, pages 113, 250.

(2) *Cl. Bernard*. — Rapports sur le progrès et la marche de la physiologie en France, Paris 1867.

du sang. « J'ai appelé *sécrétions externes* celles qui s'écoulent en dehors, et *sécrétions internes* celles qui sont versées dans les milieux organiques intérieurs ».

Cette idée fut reprise par Brown-Séquard et vulgarisée par lui dans ses leçons professées en 1869 à la Faculté de médecine. L'idée de la sécrétion interne n'est donc pas due à Br.-Séquard, comme on le croit souvent. « Il n'a créé ni le nom ni la doctrine, ni même apporté aucun argument nouveau et certain à son appui. Mais il l'a vulgarisée dans le monde médical ; et les médecins, en reconnaissance de cet enseignement nouveau pour eux, mais banal pour les physiologistes, ont attribué à leur maître une découverte qu'il n'eût sans doute pas réclamée (1) ». Si l'idée de la sécrétion interne des glandes n'est pas de Br.-Séquard, il est le premier à émettre que le testicule et l'ovaire sont des glandes à sécrétion interne (Cl. Bernard ne les avait pas mentionné comme telles). Il est aussi le créateur de l'opothérapie, qui découlait de cette conception comme conséquence directe. Dans une communication restée célèbre et faite à la Société de Biologie le 1^{er} juin 1889 (2) Br.-Séquard vient rapporter les résultats obtenus par lui et sur lui-même par l'injection du suc testiculaire. C'était pour parer

(1) *Dastre*. — Les sécrétions internes. L'opothérapie (Revue des Deux-Mondes, 1^{er} mars 1899, p. 193).

(2) *Br. Séquard*. — Comptes-rendus de la Société de Biologie, 1889, p. 415, 421.

aux méfaits de l'âge qu'il tenta ces injections et les résultats furent merveilleux. Dans une autre communication faite la même année le 15 juin, Br.-Séguard émet l'idée qu'un succès semblable pourrait être obtenu chez la femme affaiblie par la vieillesse par l'injection de substance retirée d'ovaires d'animaux. Bientôt il rapporte toute une série de cas qui lui sont communiqués par des adeptes fervents : Suzor, Brainerd, M^{me} Augusta Brown et d'autres. En même temps Villeneuve (?) apportait plusieurs cas nouveaux d'injection du suc testiculaire et du suc ovarique.

Bientôt des travaux importants paraissent où les autres glandes de l'organisme sont étudiées au point de vue de leur sécrétion interne et nous voyons les recherches nouvelles aboutir à l'opothérapie. Le corps thyroïde est étudié par Reverdin, Schiff, Gley; le pancréas par von Mering et Minkowski. L'existence d'une sécrétion interne pour ces organes est bien prouvée aujourd'hui et le traitement thyroïdien a fait ses preuves.

Quant à la sécrétion interne de l'ovaire qui seule nous intéresse, il faut envisager deux périodes très différentes. La première période, période séguardienne, qui comprend les années entre 1890 et 1895. Une deuxième période qui commence en 1895, la période actuelle.

(1) Villeneuve. — Marseille médical, 1889.

1^{re} période. — Elle est inaugurée, avons-nous dit, par les travaux de Brown-Séquard, qui le premier étudie les glandes génitales au point de vue de leur sécrétion interne. Mais il ne démontre pas que l'ablation de ces organes soit suivie de troubles. Il suppose seulement que ces glandes sécrètent un principe actif résorbé par le sang et qui donne de l'énergie au système nerveux en agissant plus particulièrement sur la moelle épinière. « Il est clair qu'il faut admettre que l'injection sous-cutanée d'un liquide retiré du testicule parfaitement frais d'un cobaye, d'un chien ou d'un lapin chez un homme ou chez une femme débilités par maladie ou par sénilité, agit souvent en augmentant notablement la puissance d'action du système nerveux et surtout celle de la moelle épinière. Il est clair aussi qu'il s'agit là d'une augmentation de force, d'une dynamogénie et non du simple effet d'une excitation, c'est-à-dire une mise en jeu de puissance (1) ». Le suc ovarique agirait comme le suc testiculaire, seulement avec moins de puissance. Cette théorie amène Br. Séquard et ses adeptes à appliquer l'opothérapie testiculaire et ovarienne au cas les plus disparates, chaque fois qu'il y a des troubles attribués à un affaiblissement du système nerveux; en général quelle que soit la cause. Ainsi

(1) Br. Séquard. — Archives de Physiologie. 1890, p. 208.

Suzor (1) fait des injections de suc testiculaire dans trois cas de formes nerveuses de la lèpre ; Brainerd dans l'hémiplégie, dans le rhumatisme articulaire, dans la névralgie sciatique ; Mme Augusta Brown (2) soignait par les injections de suc ovarique des femmes atteintes de débilité extrême, causée par l'âge, par l'insomnie, par l'hystérie, par des affections utérines (prolapsus utérin) etc. Brown-Séguard nous l'explique : « En tenant compte du fait que les fonctions du centre nerveux peuvent s'exécuter d'une manière presque normale, malgré la présence dans ces parties de lésions organiques destructives, j'ai pu m'expliquer que sous l'influence d'une augmentation notable de puissance d'action dans les parties non détruites de ces centres, des fonctions perdues pouvaient revenir. Ce ne sont pas seulement les paralysies qui peuvent cesser, mais des états actifs tels que fièvre, œdème, ulcères, douleurs, photophobie, pertes séminales, ataxie locomotrice, contracture, etc., dépendant d'irritation du centre nerveux, ont pu disparaître (3) ».

Mais très rapidement après cette période d'enthousiasme de nouveaux faits sont publiés, des succès nombreux sont enregistrés et bientôt cette tentative

(1) Suzor (cité par Br. Séguard) Archives de physiologie, 1890, p. 282.

(2) Mme Augusta Brown, citée par Br. Séguard, Archives de physiologie, 1890, p. 457.

(3) Br.-Séguard. — Arch. de phys. 1891, p. 224.

thérapeutique est-elle abandonnée complètement et à juste raison. « On ne trouverait peut-être pas d'autre exemple dans la science d'une doctrine qui, après avoir subi une si cruelle épreuve, n'en soit pas morte du coup. Et pourtant l'échec de la médication séquardienne, prototype de l'opothérapie, qui était présentée par son auteur comme l'illustration, le garant, le modèle par excellence de la méthode, n'a pas entraînée la ruine totale de celle-ci. Le désastre est resté partiel. La pratique a été sauvée par la théorie. Elle était l'application incorrecte sans doute et mal interprétée d'une solide doctrine, celle des sécrétions internes. Cette fondation scientifique, indestructible, a permis, après l'écroulement de la première construction, d'en élever d'autres. De celles-là, l'opothérapie thyroïdienne, est de beaucoup la mieux venue. On a vu surgir à côté d'elle, avec des fortunes diverses, les médications par les sucs pancréatique, hépatique, splénique, ganglionnaire, pulmonaire, rénal, surrénal, ostéo-médullaire et nerveux. Une place à part doit être faite à la médication ovarienne (1). » Avec Brown-Séquard nous ne voyons donc pas établi que les glandes testiculaires ou ovariennes soient des glandes à sécrétion interne. Nous trouvons seulement la proposition *soutenue à priori*. Pour en prouver l'exactitude il n'existe

(1) Dastre. — Les sécrétions internes. L'opothérapie. (Revue des Deux-Mondes, 1^{er} mars 1899, p. 204).

que des tentatives thérapeutiques que nous avons déjà citées. Comme ces tentatives ont échoué, il est juste de conclure que la preuve que les glandes génitales sont des glandes à sécrétion interne, n'a jamais été faite ni par Br.-Séguard, ni par ceux qui ont eu recours à sa méthode thérapeutique.

Si l'opothérapie thyroïdienne et ovarienne restent des applications de la méthode de Br.-Séguard, il faut dire que c'est au point de vue théorique et non au point de vue pratique. On doit même ajouter que les insuccès de la méthode séguardienne ont été et restent encore comme une pierre d'achoppement pour leur diffusion. Comme le dit Dastre : « Ces deux applications de la méthode, il faut le dire ici, sont bien près d'en avoir précédé la naissance. Préparées par des études d'un intérêt scientifique profond et d'une exécution irréprochables, amenées jusqu'au seuil de la pratique par des tentatives de greffe, qui sont une forme de traitement équivalente à l'emploi des suc, et peut être plus rationnelle, on ne voit pas ce qu'elles doivent à l'opothérapie. On voit au contraire parfaitement ce que l'opothérapie leur doit, puisqu'elles en restent les colonnes et le véritable soutien. »

A propos de la sécrétion interne de l'ovaire, nous devons citer les travaux antérieurs à 1895 sur les troubles consécutifs à la castration. Quelques auteurs et en particulier Glævecke, les avaient parfaitement décrits. Mais aucun ne les avait rapporté à la

castration ovarienne elle-même. — Ça et là, durant la période séquardienne, on voit émettre l'hypothèse que ces troubles pourraient être dus à la suppression de l'ovaire (Weiss, Régis). Mais en fait ces hypothèses restent des hypothèses émises incidemment, non soutenues ni établies non seulement par une série d'observations, mais même par un seul fait. Ces travaux nous mènent à la deuxième période qui commence en 1896.

2^e Période. — C'est en 1896 que paraissent plusieurs travaux tendant à démontrer 1) que les ovaires sont des glandes à sécrétion interne ; 2), que l'opothérapie ovarienne est une méthode de traitement des troubles consécutifs à leur extirpation.

Dans un mémoire déposé à l'Académie de médecine le 27 février 1896 et intitulé : « Résultats éloignés de la castration chez la femme », Jayle étudie ces troubles et rapporte quatre observations de malades traitées exclusivement par le liquide ovarique, et conclut à l'efficacité de ce traitement pour combattre les troubles post-opératoires des femmes castrées.

De leur côté Mainzer (1) de Berlin, Mond (2),

(1) *Mainzer.* — Deutsche medic. Wochen. n° 12, 19 mars 1896, page 188.

(2) *Mond.* — Munch. med. Woch., n° 14, 17 avril 1896.

Chrobak (1) et Muret (2) publient des cas où le traitement opothérapique est institué chez des femmes castrées avec des résultats favorables.

Toutes les indications de la méthode ont été posées par ces auteurs, qui ont, chacun de leur côté et indépendamment essayé d'établir l'efficacité de l'opothérapie ovarienne.

La même année paraissait la thèse de Lissac (3) basée sur 18 observations de malades castrées, traitées favorablement par l'opothérapie ovarienne.

Nous citerons encore les travaux de Fedoroff (4), sur l'action physiologique des préparations ovariennes, de Caratulo et Tarulli (5), qui publient un mémoire sur la sécrétion interne de l'ovaire, de Ferré et Bestion (6) qui étudie l'action du suc ovarien chez les cobayes.

Nous nous sommes arrêté longuement sur l'historique des sécrétions internes des glandes, en général, et celle de l'ovaire en particulier. Nous l'avons fait à dessein. En effet, tout notre travail s'appuie sur cette donnée, que d'une part, l'ovaire possède une sécrétion interne, et que, d'autre part, la suppression

(1) *Chrobak*. — *Centralh. f. Gyn.*, 16 mai 1896, n° 20, p. 521.

(2) *Muret*. — *Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 juillet 1896, n° 7, p. 317.

(3) *M. Lissac*. — Thèse de Paris, 1896.

(4) *Fedoroff*. — *Vratsch*, 1897, p. 793.

(5) *Caratulo et Tarulli*. — *Bull. dell. R. Acc. med. di Roma*, 22^e année, fasc. 5 et 6.

(6) *Ferré et Bestion*. — *In Presse médicale*, 1897, 8 mai, n° 37.

ou la diminution de cette sécrétion donne lieu à une série de perturbations dans l'organisme féminin se traduisant cliniquement par des symptômes bien définis. C'est pourquoi nous avons voulu apporter le plus grand nombre de documents à l'appui de cette théorie qui est la base et le *primum movens* de la présente étude.



Exposé des faits cliniques

Nous consacrons cette partie de notre ouvrage à l'exposé des faits cliniques qu'il nous a été donné d'observer et qui nous permettront de tracer ensuite l'histoire de l'insuffisance ovarienne.

Les observations peuvent être réparties en plusieurs groupes.

I). Cas dans lesquels l'insuffisance ovarienne est liée à des lésions anatomiques ; ce groupe comprend trois ordres de faits :

- a) Ovarite seule ;
- b) Ovarite avec péri-annexite ;
- c) Ovarite avec salpingite.

II). Malades chez lesquelles les troubles de l'insuffisance ovarienne ne semblait pas dépendre de lésions anatomiques (pas d'intervention) ; ou l'insuffisance est, suivant l'expression de M. Jayle, d'ordre physiologique dans un grand nombre de ces cas. Cette manière de voir fut confirmée par les résultats obtenus à la suite du traitement opothérapique.

III). Dans un troisième groupe nous rapportons deux observations où des lésions anatomiques très manifestes des ovaires ne furent pas accompagnées de symptômes d'insuffisance de ces organes.

IV). Enfin nous citerons rapidement quelques cas de salpingite et d'affections utérines où les phénomènes d'insuffisance ne furent jamais constatés et où les ovaires se montrèrent en effet parfaitement sains.



Observations

I^{er} GROUPE. — Insuffisance ovarienne liée à des lésions anatomiques

A). — *Ovarite seule*

OBSERVATION I (personnelle) (1)

M..., âgée de 24 ans, entrée à l'hôpital Broca, le 29 décembre 1899, pas d'accouchements ni de fausses couches. Réglée à 13 ans : règles régulières, peu abondantes, durent 2 à 3 jours ; douleurs pendant quelques jours avant l'apparition des règles. Pertes blanches depuis longtemps, surtout avant les règles ;

(1) Toutes nos observations ont été recueillies à l'hôpital Broca, dans le service de M. S. Pozzi, à qui nous adressons tous nos remerciements respectueux. — Nous devons à l'obligeance de M. Hallion les examens histologiques des pièces.

apparition au mois de Février dernier des pertes jaunes et vertes. Douleurs depuis le mois de novembre 1899 dans le bas-ventre des deux côtes, très vives, survenant par crises, surtout le jour après de longues marches, s'irradiant dans les cuisses.

Symptômes généraux. — Bouffées de chaleur depuis 2 à 3 ans, surtout avant les règles, plusieurs fois dans la journée : Céphalées fréquentes ; sommeil troublé par des cauchemars ; très nerveuse en général, mais plus depuis qu'elle est malade ; agacement, irritabilité ; caractère plus sombre, idées noires, n'ayant pas jusqu'aux idées de suicide ; affaiblissement de la mémoire ; troubles digestifs ; renvois acides, douleur de l'estomac, constipation.

Opération le 20 janvier 1900. Laparotomie par M. Pozzi ; ablation d'un kyste du ligament large et de l'ovaire droit. Résection partielle de l'ovaire gauche, dont on n'a conservé qu'une mince lamelle de tissu sain. Guérison opératoire.

Ovaire droit, complètement dégénéré (petits kystes folliculeux, sereux et sanguins, kystes du corps jaune.)

Ovaire gauche, contient un grand kyste folliculaire du volume d'une noix, à contenu citrin. Il existe en outre quelques autres petits kystes. Trompes saines.

OBSERVATION II (personnelle)

M..., 33 ans, entrée le 6 avril 1900. Née en Seine-Inférieure, habite Paris depuis 6 ans. Colique hépa-

tique avec ictère à 19 ans. Pas d'accouchement, une fausse-couche de trois mois à 27 ans. Réglée à 13 ans ; toujours mal réglée ; règles irrégulières, peu abondantes, très douloureuses. Depuis 6 mois les règles sont plus abondantes, tous les 21 jours ; ne sont plus douloureuses depuis la fausse-couche. Pertes blanches et jaunes depuis deux ans. Douleurs dans la région annexielle droite, surviennent par crises très vives, s'irradient dans les reins.

Symptômes généraux. — Bouffées de chaleur depuis un an surviennent deux fois par jour, s'accompagnent de rougeur de la face, d'étouffements, d'éblouissements. Pas d'insomnie, mais cauchemars fréquents. Asthénie neuro-musculaire. Changement de caractère depuis un an : tristesse, nervosisme, irritabilité, idées sombres, tendances aux larmes. Digestion très mauvaise, constipation.

Examen physique. — Utérus en antéversion. Les annexes gauches sont à peine senties. A droite elles sont un peu hypertrophiées, prolabées, sensibles.

Diagnostic. — Ovarite double plus accentuée à droite. Un peu de métrite chronique avec antéversion.

Intervention le 24 avril. Laparotomie par M. Pozzi. Les deux ovaires sont scléreux, mais du côté gauche les lésions ne paraissent pas suffisamment accentuées pour nécessiter l'ablation de l'organe. La trompe est saine de ce côté. Les annexes droites sont enlevées.

Anatomie pathologique. — A droite : trompe oblitérée par une bride qui comprime la trompe à 5 cent. environ de la corne utérine, et qui fait qu'au-delà de cette bride la trompe est dilatée, kystique, de

la grosseur d'une plume d'oie, tandis qu'en deçà elle est normale. *Ovaire* scléreux, il contient en un point un gros kyste de corps jaune, gros comme une fève et dont l'intérieur, noir à la coupe, est hématique. Il existe en outre vers le milieu de l'ovaire un autre petit corps jaune, gros comme une lentille à la coupe qui est irrégulière et festonnée.

OBSERVATION III (personnelle)

C..., 32 ans. Née dans le département d'Ille-et-Vilaine, habite à Paris depuis l'âge de 14 ans. Rougeole dans l'enfance. Pas d'accouchement ni de fausse couche. Réglée à 14 ans ; toujours très mal réglée. Règles irrégulières, peu abondantes, très douloureuses. Pertes blanches depuis qu'elle est réglée. Douleurs apparaissent il y a 3 ans, très vives, par crises très fréquentes ; siègent des deux côtés du ventre.

Symptômes généraux. — Bouffées de chaleur très fréquentes trois ou quatre fois par jour ; s'accompagnent de sueurs. Céphalées continuelles. Sommeil mauvais. Caractère est devenu très sombre. Tristesse, idées noires, irritabilité. Une tendance à la mélancholie très marquée. Asthénie neuro-musculaire. Amaigrissement. Digestions difficiles. Constipation.

Première intervention en 1898 : Curretage et stomatoplastie. Amendement momentané des symptômes et leur réapparition avec la même intensité un mois après l'opération.

Deuxième intervention en 1899. Laparotomie le 26 octobre par M. Jayle. Ablation de l'ovaire et de la trompe du côté gauche. Resection de l'ovaire droit. Trompe droite saine.

Examen des pièces. — Ovaire droit est petit, scléreux il renferme des petits kystes près de son bord libre ; très peu vascularisé. Ovaire gauche complètement dégénéré en kyste. Trompe gauche saine.

Résultats. — Absolument négatifs. Les douleurs sont aussi vives. Les bouffées de chaleur plus fréquentes ; tous les troubles nerveux ont la même intensité, sinon plus.

OBSERVATION IV (personnelle)

F. . . . 23 ans. Un accouchement à terme à 20 ans. Réglée à 15 ans. Toujours mal réglée : règles irrégulières, très peu abondantes, très douloureuses. S'accompagnent de céphalées, d'angoisse précordiale et de crises nerveuses. Pertes blanches insignifiantes. Pas de douleurs en dehors des règles.

Symptômes généraux. — Bouffées de chaleur accompagnées d'éblouissements et de transpirations dans le dos ; surviennent 7 à 8 fois par jour, tous les jours depuis 2 ans. Céphalées très fréquentes, presque tous les jours. Sommeil mauvais, agité ; cauchemars. Changement de caractère depuis deux ou trois ans : malade très nerveuse, irritable, s'agace facilement, pleure souvent. Idées noires. *Crises nerveuses* qui

sont apparues en même temps que les premières règles. Survenaient tous les jours pendant les trois premiers mois ; depuis n'apparaissent que pendant les règles. Elles débutent par une douleur précordiale constrictive, la malade éprouve ensuite une sensation d'étouffement et tombe en perdant connaissance. Cette perte de connaissance dure de quelques minutes à quelques heures. Ces crises se terminent le plus souvent par des larmes.

Examen physique. — L'utérus est un peu dur en antéflexion. Corps de l'utérus un peu gros. Annexes droites très légèrement douloureuses. A gauche, on sent un petit corps mobile, douloureux, prolabé dans le cul-de-sac, gros comme une amande verte et qui paraît être l'ovaire.

Diagnostic. — Ovarite double avec insuffisance ovarienne.

OBSERVATION V (personnelle)

P... 20 ans, entre le 12 mars 1900. Rougeole à 7 ans. Pas d'accouchement, ni de fausse couche. Réglée à 13 ans. Amenorrhée pendant 4 mois à l'âge de 14 ans. Règles régulières, abondantes, durent de 10 à 12 jours, très *douloureuses*. Ces douleurs siègent dans le bas ventre surtout à gauche et dans les reins, durent pendant les 2 ou 3 premiers jours des règles. Douleurs excessives surtout depuis le mariage. Elles sont tellement fortes qu'elles ont décidé la malade à

venir consulter et entrer à l'hôpital. Pertes blanches depuis l'âge de 15 ans. Pas de douleurs en dehors des règles.

Symptômes généraux. — Bouffées de chaleur, nervosisme, agacement, irritabilité, idées noires avec envie de pleurer. Tous ces troubles n'existent chez la malade qu'au moment des règles.

Diagnostic. — Dysménorrhée douloureuse.

Intervention. — Laparotomie le 2 août 1900. Résection de l'ovaire gauche. La partie réséquée contient un kyste du corps jaune gros comme un haricot blanc.

Sort de l'hôpital le 22 avril, remise de son opération.

OBSERVATION VI (publiée par M. Jayle) (1)

T., quarante-sept ans. Trois accouchements, il y a vingt-deux, quatorze et neuf ans. Pas de fausse couche. Pas de blennorragie. Réglée à quinze ans ; aménorrhée durant un an ; ensuite, règles régulières, peu abondantes, durant 4 ou 5 jours, précédées de douleurs très vives. Depuis neuf ans, règles irrégulières, avec retard de dix à quinze jours, peu abondantes, durant quatre ou cinq jours, plus douloureuses (vomissements, céphalée ; repos forcé, fré-

(1) Jayle. — Insuffisance ovarienne. Presse médicale, 17 mars 1900.

quent). Aménorrhée de janvier à août 1899, puis retour régulier des règles. Dernières règles, 10 novembre 1899. Pertes nulles. Douleurs au niveau des annexes gauches, avec irradiation dans la cuisse, les reins, le nombril ; sourdes, revenant par crises plusieurs fois par jour : calmées, mais ne disparaissant pas par le repos au lit.

Symptômes généraux. — Cœur : palpitations. Poumons : emphysème. Tube digestif : anorexie, digestion mauvaise. Appareil urinaire : mictions fréquentes, non douloureuses.

Symptômes d'insuffisance ovarienne. — Depuis deux ans, bouffées de chaleur 4 ou 5 fois par jour, parfois accompagnées de sueurs ; cauchemars, agitation la nuit. Caractère irritable ; impressionnabilité. Asthénie neuro-musculaire. Augmentation de ces symptômes durant l'aménorrhée et apparition d'étourdissements, d'étouffements et d'affaiblissement de la mémoire. Diminution de tous ces phénomènes, mais non disparition depuis le retour des règles.

Examen physique. — Annexes droites hypertrophiées, formant une masse du volume d'un œuf ; annexes gauches peu malades apparemment, mais très douloureuses. Paroi abdominale relâchée.

11 Décembre 1899. — Laparotomie. L'ovaire droit est complètement dégénéré en kyste et contient plus particulièrement deux kystes sanguins, dont l'un est du volume d'une petite noix. L'ovaire gauche a à peine le tiers de ses dimensions normales. Il est ratatiné et complètement scléreux. Au niveau des trompes se trouvent appendus de petits kystes. Dilatation des veines du ligament large, surtout à droite.

OBSERVATION VII (publiée par M. Jayle)

Eugénie C..., vingt-six ans, Pas d'accouchement ni de fausse couche. Réglée à seize ans. Règles irrégulières, ordinairement tous les deux mois, toujours douloureuses, durant deux jours. Pertes blanches depuis l'âge de quatorze à quinze ans, devenues jaunes par instant, depuis quelques mois. Douleurs dans le ventre et le fondement depuis un mois.

Symptômes généraux — Tube digestif : digestion mauvaise, constipation. Système nerveux : très nerveuse, neurasthénie.

Examen physique. — Hymen, utérus en rétroflexions, mobile, col conique. Annexes peu malades, mais difficiles à explorer. Estomac très dilaté.

17 Mai 1887. Depuis le 5 mars, la malade a pris deux cachets d'ovarine par jour, avec le résultat suivant : règles du 17 au 22 Mars, très douloureuses ; du 15 au 20 Avril, douloureuses ; du 8 au 13 Mai, douloureuses les trois premiers jours : c'est la première fois, depuis cinq ou six mois, que la malade a ses règles aussi abondantes. Les douleurs ont diminué, mais n'ont pas disparu. Les pertes n'existent plus depuis quinze jours. En somme, malade très améliorée.

22 juin 1899. Le traitement ayant dû être interrompu, les douleurs ne disparaissant pas totalement, la laparotomie est pratiquée par M. Pozzi le 22 juin 1899. L'ovaire gauche est scléro-kystique ; il est ex-

tirpé. Résection d'une partie de l'ovaire droit, avec énucléation de deux petits kystes sous-tubaire du même côté.

OBSERVATION VIII (publiée par M. Jayle)

C.. (Berthe), vingt-neuf ans, accouchement normal, le 13 Mai 1893. Fausse couche de 6 semaines, en Mai 1895. Pas de suite. Pas de blennorragie.

Règles.— Réglée à quinze ans. Règles jusqu'à la fausse couche : régulières, abondantes, non douloureuses, durant quatre jours. Depuis la fausse couche, irrégulières avec avance de sept jours, de même abondance, durant six jours, douloureuses (douleurs dans les reins, les cuisses, l'hypogastre ; nausées ; céphalées, étourdissements).

Pertes blanc-jaunâtre depuis la fausse-couche ; pas de pertes jaunes, ni vertes, ni rouges,

Douleurs dans le bas-ventre, des deux côtés, plus à droite ; irradiations dans les cuisses, vers l'anus, dans les reins ; crises douloureuses, calmées, mais ne disparaissant pas, par le repos au lit.

Symptômes généraux.— Tube digestif ; digestion mauvaise, constipation opiniâtre. Appareil urinaire : mictions fréquentes, non douloureuses. Système nerveux : nerveuse. Etat général : amaigrissement, anémie légère depuis deux ou trois ans.

Symptômes d'insuffisance ovarienne.— Depuis la fausse couche, bouffées de chaleur tous les deux ou

trois jours, surtout au moment des règles, avec sueurs aux mains et aux pieds ; caractère irritable ; affaiblissement de la mémoire ; légère asthénie neuromusculaire ; quelques cauchemars, la nuit, depuis un an : céphalée durant jusqu'à quinze jours ; anémie.

Examen physique. — Utérus scléreux, en légère antéversion, douloureux, hypertrophié. Annexes droites et gauches hypertrophiées.

B) Ovarite avec péri-ovarite

OBSERVATION IX (personnelle)

C..., 26 ans, entrée le 26 février 1900. Pas d'antécédents morbides ni personnels, ni héréditaires. Pas d'accouchement ni de fausse-couche. Réglée à 13 ans. Les règles sont régulières, abondantes, douloureuses. Depuis l'âge de 18 ans, moins régulières (avancent toujours), plus abondantes, deviennent de plus en plus douloureuses. Pertes blanches depuis qu'elle est réglée. Apparition des douleurs dans le ventre à 19 ans, un an avant tout rapport sexuel. Ces douleurs siègent dans le bas-ventre des deux côtés, s'irradient un peu vers les reins ; pas dans les cuisses. Surviennent par crises d'une grande intensité.

Symptômes généraux. — Depuis trois mois,

bouffées de chaleur, trois ou quatre fois par jour, s'accompagnent de sueurs. Céphalées fréquentes. Changement de caractère : tristesse, idées noires, envies de pleurer ; irritabilité, agacement. Insomnie ; cauchemars. Sensation d'anéantissement, de lassitude générale. Amaigrissement (6 livres en 4 mois). Digestions difficiles ; constipation habituelle.

Diagnostic. — Ovarite ; très peu de lésion des trompes.

Intervention. — Laparotomie le 21 mars 1900. Ablation des ovaires au milieu des adhérences. Pelvi-péritonite. Pas de salpingite. Les ovaires sont à peine reconnaissables au milieu des adhérences ; existent à peine ; kystiques.

Sort de l'hôpital le 21 avril.

OBSERVATION X (personnelle)

W..., 27 ans, domestique, entre le 7 avril 1900. Chlorose pendant 3 mois à l'âge de 16 ans. Pas d'accouchement. Une fausse-couche en 1899, de deux mois et demi. Cependant le fœtus n'a pas été vu. L'avortement fut suivi d'un curetage au cinquième jour sans anesthésie chloroformique. Réglée à 16 ans. Règles irrégulières assez abondantes, durent de 5 à 7 jours, toujours douloureuses. Pas de pertes blanches. Douleurs dans le bas-ventre survenaient d'abord par crises, depuis 15 jours continuelles ; pas d'irradiations dans les cuisses.

Symptômes généraux. — Pas de bouffées de chaleur. Céphalée très fréquente depuis l'âge de 15 ans. Caractère très irritable, changeant, capricieux ; elle est excessivement nerveuse (quelques crises nerveuses les derniers temps). Idées noires très fréquemment. Insomnie, cauchemars. Asthénie neuro-musculaire pas très marqué. Affaiblissement de la mémoire.

Examen physique. — Taille : 1 m. 60 c. — Col de l'utérus petit, sans lèvre antérieure ; le corps est en arrière en rétro-flexion irréductible. Dans le cul-de-sac gauche, tout contre l'utérus, existe une petite masse très douloureuse, rénitente allongée. A droite on a une sensation analogue

Diagnostic. — Utérus infantile en rétroversion adhérente. Ovaires de peu de vitalité, malades mais non complètement dégénérés. Insuffisance ovarienne primitive, peu accentuée. Pelvi-péritonite.

Intervention le 24 avril. — Laparotomie par M. Pozzi. Pelvi-péritonite : utérus et annexes sont prolapsés dans le petit bassin et plongés dans un enchevêtrement d'adhérences. L'examen successif des annexes de l'un et de l'autre côté montre : 1° que les trompes sont vascularisées, mais non oblitérées ; 2° que les ovaires de chaque côté, plus particulièrement le droit, sont bourrés de kystes du volume d'un petit pois. Sur une coupe suivant le grand diamètre on constate que l'ovaire droit est criblé de kystes et œdémateux et que l'ovaire gauche présente également un très grand nombre de kystes, excepté cependant près du hile, où sur une étendue de deux centimètres il n'y en a pas.

OBSERVATION XI (personnelle)

N., 29 ans, entre le 20 mars. Plusieurs bronchites, 2 accouchements à terme, une fausse couche de 7 mois. Rég'ée à 9 ans. Règles régulières, pas très abondantes, douloureuses. Depuis deux ans moins abondantes et plus douloureuses. Pertes blanches et jaunes depuis son dernier accouchement. Douleurs dans le bas-ventre depuis que la malade est réglée ; siègent des deux côtés surtout à gauche ; très vives, surviennent par crises d'une intensité extrême plusieurs fois dans une journée.

Symptômes généraux. — Bouffées de chaleur survenant au moment des crises douloureuses, s'accompagnant de troubles de la vue. Asthénie neuromusculaire. Sommeil très agité; cauchemars. Changement de caractère, qui est devenu beaucoup plus irritable ; nervosisme, agacement. Idées noires. Affaiblissement de la mémoire. Palpitations et oppressions. Amaigrissement assez marqué. Troubles digestifs.

Examen physique. — Utérus en rétroversion mobile. Les annexes du côté droit sont peu volumineuses, un peu empâtées, très sensibles et un peu prolabées dans le cul-de sac postérieur. A gauche annexes également un peu empâtées et hypertrophiées.

Diagnostic. — Pelvi-péritonite. Utérus en rétroversion. Ovarite double plus accentuée à droite.

C). Ovarite avec salpingite

OBSERVATION XII (personnelle)

G .., 29 ans, entre le 13 mars 1900. De constitution faible avec prédisposition marquée aux bronchites. Habite Paris depuis 6 ans. Rougeole dans l'enfance. Pas de blennorrhagie. Pas de fausse couche. Sept accouchements normaux. Réglée à 14 ans : règles régulières très abondantes, très douloureuses. Pertes blanches depuis qu'elle est réglée, ont augmenté et sont devenues jaunes depuis son dernier accouchement. Depuis la même époque douleurs au niveau de la région annexielle droite, s'irradiant dans les cuisses, très intenses pendant les deux derniers mois.

Symptômes généraux. — Bouffées de chaleurs. Depuis longtemps ; la malade les fait remonter à son premier accouchement ; elles surviennent plusieurs fois dans la journée et quelquefois la nuit, s'accompagnent de sueurs et d'étouffement. Sommeil souvent agité : cauchemars. Céphalées fréquentes. Nervosisme et irrétabilité ; idées noires, envies de pleurer ; cette tendance du caractère s'est beaucoup accentuée depuis deux à trois ans. Affaiblissement de la mémoire ; asthénie neuro-musculaire avec douleurs des muscles des bras et des jambes, rendant tout effort pénible. Amaigrissement, digestions mauvaises.

Diagnostic. — Salpingite double, ovarite avec insuffisance acquise de l'ovaire.

Intervention le 3 avril 1900. — Laparotomie par M. Pozzi. Les annexes des deux côtés sont enlevées. Salpingite double suppurée. Trompe droite du volume du pouce, charnue, présente à la coupe de sa moitié externe des petits débris caséeux. Il existe des débris analogues à la surface. A gauche trompe, de volume moindre, du petit doigt. Ovaire droit dégénéré, œdémateux, kystique, ovaire gauche polikystique. Suites opératoires bonnes, malade sort de l'hôpital le 20 avril.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

D ..., 23 ans, entrée le 9 mars 1900, dans l'enfance rougeole, coqueluche, des bronchites. Pas d'accouchement, ni de fausse-couche. Réglée à 18 ans. Règles régulières, très abondantes durent 8 à 10 jours, pas douloureuses. Douleurs au moment des règles depuis 2 ans. Pertes blanches antérieures à l'établissement de la menstruation. Il y a deux ans, apparition de douleurs très vives des deux côtés du ventre, survenant par crises surtout à l'occasion de la marche et dans la position assise. Intervention (faite en ville) il y a 6 mois : curetage, incision du cul-de-sac postérieur avec ablation des annexes gauches. Pas d'amélioration.

Symptômes généraux. — Pas de phénomènes congestifs. Par contre un grand nombre de troubles

nerveux tels que changement de caractère, idées noires, etc.

Examen physique et diagnostic. — Rétroflexion et rétroversion de l'utérus, pas adhérente. Annexite droite légère. Ovaires à fonctionnement insuffisant.

Intervention le 5 avril par M. Jayle. — Hystéropexie. Colpotomie antérieure. Pelvi-péritonite sérieuse. Annexes gauches n'existent pas. A droite : trompe congestionnée mais non oblitérée au niveau du pavillon ; ovaire partiellement kystique.

OBSERVATION XIV (personnelle)

P..., 23 ans, entre dans le service le 31 mars. Née dans les Ardennes, mais habite Paris depuis l'âge de 2 mois. Pas d'accouchement, ni de fausse couche. Réglée à 11 ans ; règles irrégulières, avancent d'habitude, abondantes, très douloureuses, s'accompagnent de saignement de nez, quelquefois de douleurs de tête. Métrorrhagies depuis 6 mois. Pertes blanches depuis qu'elle est réglée, sont devenues jaunes depuis un mois. Douleurs depuis deux ans des deux côtés du ventre surtout au niveau des annexes gauches s'irradiant dans les reins, pas dans les cuisses,

Symptômes généraux. — Bouffées de chaleur depuis deux ans, une fois par jour, rarement dans la nuit, s'accompagnant de congestion de la face, de battements dans la tête. Pas de céphalées fréquentes. Transpiration continuelle. Insomnie, agitation, cau-

chemars, changement de caractère : la malade est devenue acariâtre, méchante, irritable, pleure facilement ; tendances aux idées noires ; très triste et sombre. Pas de perte de mémoire, pas d'asthénie neuro-musculaire, pas d'amaigrissement.

Examen physique.— Utérus petit, en antéflexion et en antéverson, Annexes prolabées et formant de chaque côté une grosseur du volume d'une noix, plus irrégulières à gauche qu'à droite.

Diagnostic. — Salpingite gauche.

Intervention le 10 avril par M. Legueu. — Laparotomie Salpingite gauche ; ablation des annexes gauches ; reste l'ovaire et la trompe droite ; ignipuncture sur l'ovaire droit. Il existe des lésions volumineuses à gauche : la trompe est grosse comme le pouce, le pavillon est oblitéré et suppuré. Ovaire scléro kystique ; à droite l'ovaire est également scléro-kystique.

Suites opératoires bonnes ; la malade sort de l'hôpital le 5 mai.

OBSERVATION XV (personnelle)

D..., âgée de 24 ans, entre dans le service le 26 février 1900, 1 accouchement à terme pas de fausses-couches. Réglée à 11 ans ; règles régulières, abondantes, durent 8 jours, non douloureuses. Depuis 8 mois moins abondantes, durent 3 à 4 jours, très douloureuses. Pertes blanches depuis 8 mois, abon-

dantes glaireuses. Douleurs depuis 8 mois des deux côtés du ventre avec irradiations douloureuses dans les cuisses et dans les reins.

Symptômes généraux. — Bouffées de chaleur, sans sueurs, depuis le 15 juillet 1899, durent 2 à 3 minutes, surviennent 2 à 3 fois dans la journée ; les bouffées ont persisté jusqu'à la fin de décembre, moment où la malade fut soumise au traitement opothérapique. Sommeil bon, mais troublé par des cauchemars épouvantables. Asthénie neuro-musculaire. Céphalées fréquentes depuis le mois de juillet ; changement de caractère : irritabilité, agacement, larmes à la moindre occasion ; idées sombres. Palpitation, oppression, pas d'affaiblissement de la mémoire, digestion mauvaise, constipation chronique.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite, insuffisance ovarienne.

Traitement. — Vers la fin du mois de novembre des cachets d'ovarine sont administrés et ont pour effet la disparition des bouffées de chaleur après 20 cachets ; les autres symptômes persistent ; pas d'amélioration locale du ventre.

2^e GROUPE. — Insuffisance d'ordre physiologique

OBSERVATION XVI (personnelle)

L..., vingt-deux ans, entre le 10 avril 1900, née à

Pantin, où elle habite actuellement. Scarlatine et fièvre typhoïde étant jeune. Pas d'accouchement ni de fausse-couche. Hémorrhagie à 21 ans, réglée à 15 ans. Jusqu'à l'âge de 16 ans règles régulières, abondantes, durent quatre jours, un peu douloureuses. A 16 ans aménorrhée pendant trois mois. Depuis, règles très irrégulières avancent de 8 à 10 jours chaque mois et s'accompagnent de douleurs excessives, obligeant la femme à se coucher. Pertes blanches depuis que la malade est réglée. Quelques douleurs en dehors des règles dans la région annexielle droite depuis 6 mois, avec irradiations très pénibles dans les reins pas d'irradiations dans les cuisses.

Symptômes généraux. — Pas de bouffées de chaleur bien nettes mais des alternatives de froid et de chaud avec accès de transpiration. Par contre céphalées très fréquentes depuis très longtemps. Depuis trois ans changement de caractère, nervosisme, irritabilité; tendance aux idées noires, caractère sombre, pleure facilement.

Asthénie neuro-musculaire : lassitude, fatigue, travail impossible depuis huit mois. Insomnie, cauchemars. Affaiblissement de la mémoire. Crises nerveuses.

Amaigrissement considérable. Palpitations et oppression faciles. Digestions pénibles. Constipation.

Examen physique. — Femme de petite taille : 1 m. 45, Poids de 84 livres. Utérus antéfléchi, en boule ; type infantile, très petit, dévié à gauche. Rien de net dans les culs-de-sac.

Diagnostic. — Insuffisance ovarienne liée à une

dégénérescence totale et à une atrophie utérine. Infantilisme.

OBSERVATION XVII (publiée par Jayle)

S..., ving-six ans. Pas d'enfant ni de fausse couche.

15 septembre 1899. Réglée à quinze ans. Règles toujours irrégulières, deux fois par mois, durant parfois tout un mois, ayant persisté jusqu'à trois mois de suite, avec un ou deux jours d'arrêt, tous les huit ou dix jours. En fin 1895, pertes presque continuelles durant six mois. Curettage le 11 janvier 1896, suivi d'une amélioration pendant six mois. Depuis, les règles sont toujours irrégulières et fréquentes. En 1899 elle a toujours été indisposée deux fois par mois, durant quatre à huit jours.

Pertes. — Pertes blanches durant l'intervalle des règles très abondantes.

Douleurs. — Dans le ventre à gauche.

Symptômes généraux. — Affaiblissement.

Symptômes d'insuffisance ovarienne. — Un peu d'affaiblissement de la mémoire. Idées noires de tout temps. Mélancolie.

Examen physique. — Utérus type infantile. Rien de net aux annexes.

Traitement. — Ovarine, 20 centigrammes, deux fois par jour.

12 décembre 1899. La malade a pris jusqu'à ce

jour quatre-vingts cachets d'ovarine (elle eût dû en prendre beaucoup plus, si le traitement avait été régulier).

Le résultat obtenu est le suivant :

Les règles sont régulières. En octobre et novembre elles ont duré cinq à six jours, sans douleurs. Les pertes blanches ont complètement disparu. La malade est beaucoup plus forte et elle a engraisé.

OBSERVATION XVIII (publié par Jayle)

C. . . , vingt-huit ans.

Mai 1897. Réglée à quinze ans. Jusqu'en 1889, règles régulières très abondantes, non douloureuses, durant huit jours. De 1889 à 1897, régulières avec un peu d'avance, très douloureuses (vomissements, coliques très violentes, céphalée, etc.). En mai 1897, métrorragies durant trois semaines.

Pertes. — En 1889, métrite, accompagnée de phénomènes pelviens ayant nécessité un séjour de six mois au lit.

Douleurs. — Quelques douleurs de temps en temps dans le ventre.

Symptômes généraux. — Rien de particulier.

Examen physique. — Utérus de moyen volume, en antéflexion légère, mobile ; annexes gauches (ovaires) hypertrophiées.

Traitement. — Un curettage a été proposé contre les métrorragies. Le diagnostic de métrorragie de

cause ovarienne étant posé, l'ovarine est seulement proposée à la malade.

10 août 1899. La malade est revue. En 1897, elle a pris de l'ovarine pendant dix mois, à la dose de deux cachets par jour. Le résultat obtenu est le suivant :

La métrorragie a disparu au bout de vingt cachets. Les premières règles qui ont suivi ont été moins douloureuses, et les secondes ont été complètement indolores (depuis six ans, la malade souffrait toujours). Les règles ultérieures ont continué à être indolores et le sont restées jusqu'à ce jour, bien que la malade ne prenne plus d'ovarine depuis quinze mois.

OBSERVATION XIX (publiée par Jøyle)

G..., vingt-quatre ans. Pas d'enfant ni de fausse couche. Réglée à quatorze ans. Pendant deux ans, règles régulières, très abondantes, durant huit à dix jours, douloureuses à leur apparition (douleurs dans les reins) : deviennent ensuite irrégulières, surtout l'été, ne viennent que tous les deux ou trois mois (nausées aux époques correspondant aux règles absentes). En février 1897, laparotomie pour une rétroversion de l'utérus. Depuis l'opération, règles régulières pendant six mois, douloureuses un mois sur deux (les douleurs ont été plus fortes qu'avant l'opération). Au bout de six mois, les règles sont devenues irrégulières toutes les six ou sept semaines, plus abondantes (caillots) durant huit jours, de plus

en plus douloureuses surtout à gauche (la malade est obligée de se coucher presque toutes les fois). Aménorrhée depuis mars 1899.

Pertes. — Pertes blanches à l'âge de dix-neuf ans (premiers rapports), devenues jaunes : ont duré jusqu'à l'opération, ont reparu un an après l'opération. Actuellement, il existe encore des pertes blanches.

Douleurs. — Depuis les premiers rapports, dans le ventre et dans les reins. Les douleurs de reins ont disparu après l'opération ; les douleurs de ventre ont continué et siègent de préférence à gauche et au milieu de l'hypogastre ; douleurs sourdes.

Symptômes généraux. — Tube digestif : digestions difficiles depuis l'enfance ; peu d'appétit. Cœur : palpitations depuis deux ans. Poumons sains. Appareil urinaire sain. Système nerveux : très nerveuse depuis longtemps, petites crises de nerfs. Etat général ; amaigrissement : six livres depuis mars 1899.

Symptômes d'insuffisance ovarienne. — Bouffées de chaleur dans la journée, dix en moyenne, sans sueurs. Suffocations assez fréquentes. Un peu de tristesse. Pas d'idées noires. Sommeil mauvais, cauchemars, réveils fréquents depuis l'aménorrhée. Asthénie neuro-musculaire.

Traitement. — Ovarine.

19 Novembre 1899 — Depuis le 15 Septembre, la malade a pris régulièrement deux cachets d'ovarine par jour. Le résultat obtenu est le suivant :

Règles le 20 Octobre ayant duré quatre jours, un peu claires, la malade n'a jamais aussi peu souffert de sa vie. Règles le 20 Novembre. Bouffées de chaleur ont complètement disparu dans la matinée. Il

n'en persiste que quelques-unes après les repas, qui sont probablement en rapport avec une mauvaise digestion. Les forces sont bien revenues et la malade vaque à ses occupations. Sommeil régulier toutes les nuits. Cauchemars diminués, mais non totalement disparus. Moins triste. Les douleurs de ventre ont complètement disparu, même à gauche, depuis six semaines. L'état général est très amélioré, la mine bien meilleure.

15 Janvier 1900. — La malade continue à aller très bien et prend toujours de l'ovarine.

OBSERVATION XX (publiée par Jayle)

G..., vingt-six ans, 21 Septembre 1899, Pas d'accouchement ni de fausse couche ; réglée à quinze ans ; règles assez régulières, abondantes, un peu douloureuses (quelques coliques seulement), durant six jours, parfois huit. Depuis Mars 1899, règles toujours régulières, mais moins abondantes, pâles, très douloureuses, durant quatre à six jours. Dernières règles le 16 Août 1899, ayant duré quatre jours.

Pertes. — En Mars 1899, pertes très abondantes ; existaient déjà depuis le mariage (1886) ; actuellement nulles dans l'intervalle des règles ; glaires au moment des règles.

Douleurs. — Dans le bas-ventre, les cuisses, les reins, la région épigastrique ; vagues ; début en Mars 1899.

Symptômes généraux. — Tube digestif : digestions mauvaises, constipation depuis des années, surtout depuis son mariage et encore plus depuis Mars 1899. Cœur et poumons : sains. Appareil urinaire : urine peu, parfois avec difficulté. Etat général : amaigrissement dont le début remonte au mariage et qui s'est accentué cette année : trente livres depuis le mariage.

Symptômes d'insuffisance ovarienne. — Bouffées de chaleur à la tête, le jour surtout, accompagnées de sueurs légères et d'une oppression légère. Irritabilité très vive : tristesse. Mémoire affaiblie. Asthénie neuro-musculaire (station debout parfois impossible). Anémie marquée, facies pâles

Examen physique. — Utérus en antéversion; col petit, non ulcéré, ne présentant qu'un petit ectropion muqueux ; corps petit. Annexes gauches très légèrement hypertrophiées. Annexes droites paraissant saines. Paroi abdominale normale. Estomac dilaté.

Traitement. — Régime alimentaire excluant les crudités, les sauces, les fritures, les excitants. Ovarine, 20 centigrammes deux fois par jour.

14 décembre 1899. — Du 21 septembre au 15 novembre environ, la malade a pris 80 cachets d'ovarine (régulièrement, elle en eut dû prendre 120) : le résultat obtenu est le suivant :

Règles le 15 octobre, durant 8 jours avec des intermittences, non douloureuses.

Règles le 25 novembre, ont duré six jours avec quelques intermittences, non douloureuses. Bouffées de chaleur et sueurs disparues presque complètement jusqu'au 15 novembre : depuis, les bouffées ont re-

paru, mais sans sueurs. Irritabilité et tristesse diminuées.

Mémoire commence à revenir. Asthénie neuromusculaire disparaît ; à la marche, les genoux se fatiguent encore. Anémie diminuée, les couleurs reviennent.

Douleurs très diminuées : moins de glaires.

Etat général très amélioré ; augmentation de six kilos de poids jusqu'au 20 novembre. Constipation un peu diminuée ; tiraillements d'estomac de temps en temps.

OBSERVATION XXI (publiée par Jayle)

D..., vingt-deux ans, 20 octobre 1899. Réglée à quinze ans. Anémie vers dix-sept ans, durant un an : suppression complète des règles trois ou quatre mois, puis réapparition. Depuis, règles régulières, abondantes, durant cinq ou six jours, très douloureuses (obligée de se coucher le premier jour, coliques excessivement vives, étouffements, vomissements, syncope, parfois céphalalgie. De mars à juillet 1899, règles très abondantes. En août et en septembre (le 18) règles à peine marquées, très pâles, de même durée, moins douloureuses.

Pertes. — Pertes blanches, légères, depuis l'anémie.

Douleurs. — Nulles.

Symptômes généraux. — Tube digestif : digère

mal ; langue légèrement chargée à la base ; pas de constipation. Poumons sains. Cœur : quelques palpitations ; à l'auscultation, le premier bruit est un peu roulé au-dessus de la pointe. Etat général : anémie assez marquée ; un peu d'amaigrissement (2 kilos depuis le printemps).

Symptômes d'insuffisance ovarienne. — Bouffées de chaleur nulles. Irritabilité de caractère depuis deux mois allant en augmentant (lors de l'anémie, à dix-sept ans. l'irritabilité a été extrême). Pas d'idées tristes. Asthénie neuro-musculaire légère, mais nette.

Traitement. — Régime alimentaire excluant les crudités, les sauces, les fritures, les excitants. — Ovarine, 20 centigrammes, deux fois par jour.

13 décembre 1899. — La malade a pris 120 cachets d'ovarine. Le résultat obtenu est le suivant : règles le 19 octobre, durant cinq jours, plus colorées, bien moins douloureuses que les mois précédents : il n'y a eu qu'un malaise général et de la fatigue. Règles le 22 novembre, durant cinq jours, plus colorées, pas très abondantes, sans aucune douleur. Peu de modifications de l'irritabilité du caractère. Asthénie neuro-musculaire bien diminuée.

Appétit excellent. Digestion toujours un peu pénible. Toujours des palpitations et de l'anémie. Sommeil parfait. Etat général très amélioré : la malade a récupéré les 2 kilos de perte. Elle pèse aujourd'hui 56 kilos.

**3^e GROUPE. — Lésions anatomiques des ovaires
sans phénomènes d'insuffisance ovarienne**

OBSERVATION XXII (personnelle)

P..., quarante et-un ans ; entrée le 5 mars 1900, trois accouchements à terme ; ablation d'un polype utérin il y a 4 ans, gros comme une noix, probablement fibreux. Réglée à 13 ans ; règles irrégulières la malade reste quelquefois un à deux mois sans avoir ses règles ; très peu abondantes, durent 3 à 4 jours, très douloureuses ; depuis ses accouchements les règles sont plus abondantes, régulières, moins douloureuses. Pertes blanches depuis son accouchement ; douleurs très vives au niveau des annexes gauches depuis la même époque. On ne relève aucun des symptômes généraux de l'insuffisance ovarienne, ni phénomènes congestifs, ni nerveux.

Examen physique. — Utérus gros en rétroflexion irréductible, mesure 9 centimètres. Col violacé avec une toute petite ulcération au niveau de la lèvre postérieure. A gauche l'ovaire prolapsé, pincé entre la paroi pelvienne et le corps utérin ce qui explique

pourquoi la malade ne peut pas se coucher sur le côté gauche et pourquoi elle souffre quand elle est couchée sur le dos où qu'elle est assise dans un omnibus. A droite on sent peu de chose, on réveille cependant une douleur par le toucher.

Diagnostic. — Utérus fibromateux, en rétroflexion et en rétroversion. Ovarite gauche avec kyste du corps jaune. Ovaire droit scléro-kystique. Trompes saines ou en tout cas non hypertrophiées.

Opération le 13 mars. — Laparotomie par M. Le-gueu. Pas de salpingite. L'ovaire gauche est enlevé, polykystique, contient un kyste du corps jaune.

OBSERVATION XXIII (Personnelle)

B..., âgée de 34 ans ; entre à l'hôpital le 27 mars, 4 accouchements à terme : pas de fausses-couches : réglée à 17 ans ; règles toujours régulières, peu abondantes, durent 5 jours ; souvent douloureuses. En 1896, les règles ont été très abondantes pendant quelques mois : la malade fut soignée pour une métrite. Pertes blanches et jaunes au moment de sa métrite ; ne perd pas du tout actuellement : douleurs dans le ventre du côté gauche, depuis 15 jours, très vives, ne se calmant pas toujours par le repos, elles sont continues avec des exacerbations, s'accompagnent d'irradiations dans les cuisses et dans les reins.

On ne retrouve pas chez cette malade les symptômes congestifs et nerveux de l'insuffisance ovarienne.

Intervention le 4 avril (par M. Jayle). Laparotomie. Salpingite double séreuse avec oblitération des deux trompes.

Les annexes gauches sont enlevées. L'ovaire gauche est complètement transformé en une série de kystes hématiques, dont un était du volume d'une petite orange et développé dans l'épaisseur du ligament large. On laisse l'ovaire droit enchatonné et qui paraît sain.

4^e GROUPE. — Salpingite et affections utérines sans lésions anatomiques du côté des ovaires et sans phénomènes d'insuffisance ovarienne.

Nous tenons à citer ces faits pour montrer, que dans un certain nombre d'affections salpingiennes et utérines, on peut affirmer l'intégrité des ovaires en

se basant sur l'absence des symptômes d'insuffisance ovarienne c'est-à-dire sur l'absence des phénomènes congestifs et nerveux.

A). *Salpingite sans ovarite*

OBSERVATION XXIV (personnelle)

D..., âgée de 23 ans, entre le 5 février 1900. Pas d'accouchement ni de fausse couche. Bien réglée jusqu'il y a un an, où les règles deviennent très irrégulières et très abondantes. Pertes blanches depuis dix mois. Douleurs dans les régions annexielles droite et gauche avec irradiations dans les cuisses.

Aucun phénomène congestif ni nerveux ne peut être relevé.

L'examen physique permet de constater des lésions suppuratives du côté des trompes.

Intervention le 15 mars 1900. Hystérectomie abdominale totale.

Examen des pièces. — *Trompes* : Salpingite double suppurée avec péri-salpingite, adhérences multiples. *Ovaires* : Sont englobés dans ces adhérences, ne sont ni scléreux ni kystiques, mais paraissent

sent atteint d'inflammation aiguë. L'examen histologique des ovaires confirme cette manière de voir. Substance médullaire bonne, sauf infiltration embryonnaire par place ; très grande vascularisation. Couche corticale saine, sauf un peu d'infiltration par les cellules embryonnaires. Pas de sclérose des ovaires ; il s'agit d'un processus aigu qui s'explique très bien par les lésions d'inflammation voisines.

B) Cancer de l'utérus.

Nous citons ici tout simplement, sans en donner les observations détaillées, trois cas de femmes atteintes de cancer utérin, pour lequel elles furent opérées. L'intervention (hystérectomie abdominale totale) permit de constater l'intégrité des ovaires chez les opérées. Chez deux de ces femmes la substance corticale de l'ovaire est parfaitement saine ; il existe un peu de sclérose de la substance médullaire. Ces femmes n'ont jamais présenté de phénomènes d'insuffisance ovarienne.

La troisième malade est une femme de 57 ans chez laquelle la ménopause s'est faite à 48 ans. Les ovaires enlevés sont remarquables par leur bel état. A l'examen histologique on trouve seulement que les ovules de la substance corticale sont atrophiés. Cette femme n'a pas présenté au moment de la ménopause

le moindre symptôme d'insuffisance ovarienne, qui accompagne si fréquemment la ménopause physiologique;

Troubles déterminés par la fonction insuffisante de l'ovaire

Si nous étudions toutes ces observations nous voyons, que les malades, chez lesquels l'ovaire fonctionne mal, présentent un tableau clinique assez particulier. Nous passerons successivement en revue dans ce chapitre les troubles observés et nous verrons ensuite quels sont ceux qui se rencontrent le plus souvent.

Symptômes fonctionnels. — *Modification de la menstruation.* — Au point de vue de l'apparition des premières règles nous voyons qu'un grand nombre de nos malades ont été réglé tard : à 15 ans, à 16 ans, (obs. 7 et 10, à 18 ans (obs. 13) ; chez cette catégorie de femmes la fonction menstruelle s'établit le plus souvent mal d'emblée. A côté de ces faits nous voyons, que d'autres femmes sont réglées jeunes et ce n'est que plus tard que les troubles apparaissent.

L'irrégularité dans l'apparition des règles est très souvent observée. Assez souvent en question-

nant les malades on apprend qu'elles sont restées pendant plusieurs mois, quelquefois un an et plus, sans avoir leurs règles. Il existe donc de *l'aménorrhée* accompagnée ou non d'anémie ; ainsi dans l'observation 6 nous voyons que la malade est restée pendant un an sans avoir ses règles, dans l'obs. 5, pendant 4 mois, dans l'ob. 16 pendant trois mois, etc.

Chez d'autres malades il existe de la *dysménorrhée*. Il n'y a aucune régularité dans l'apparition des règles : elles surviennent tantôt en retard, tantôt en avance, de sorte que la malade ne peut jamais prévoir la date de leur apparition. Chez certaines femmes elles retardent toujours, chez d'autres elles sont toujours en avance.

L'abondance des règles est des plus variable : très peu abondantes dans certains cas, elles peuvent devenir dans d'autres de véritables ménorrhagies. Des métrorrhagies même ont été notées.

Presque chez toutes ces malades les règles sont *douloureuses*. Les douleurs siègent dans le bas-ventre, présentent des irradiations dans les reins, et s'accompagnent souvent de céphalées. Elles peuvent précéder l'apparition des règles ou bien s'installer en même temps que celles-ci. L'intensité des douleurs est des plus variable : tantôt se réduisant à une simple sensation de pesanteur dans le bas-ventre, elles sont dans la plupart des cas excessivement vives et peuvent atteindre quelquefois une intensité extrême,

s'accompagner de vomissements et constituer à elles seules toute la maladie ; ainsi dans un cas (obs. 5) nous voyons les douleurs au moment des règles être tellement fortes qu'elles déterminent la malade à venir consulter et à se soumettre à une opération, qui paraît être justifiée ici malgré l'absence de toute lésion appréciable à l'examen physique.

Tous ces troubles de la menstruation peuvent être observés dès l'établissement des règles, il s'agit alors de femmes rég'ées tard entre 15 et 18 ans chez lesquelles la menstruation est toujours difficile et irrégulière, on dirait que « leurs ovaires sont d'emblée en état d'insuffisance » (Jayle). C'est ce qu'on peut appeler insuffisance congénitale.

Dans une autre catégorie de faits l'irrégularité menstruelle est de date récente pouvant succéder à un accouchement, à une fausse-couche : elle n'est plus congénitale, elle est acquise.

Leucorrhée. — Nous voyons dans nos observations que presque toutes les femmes présentent des pertes blanches plus ou moins abondantes. Mais ici il faut distinguer deux cas ; 1° il peut s'agir de leucorrhée dont l'apparition relativement récente est très nettement due à de l'infection locale. On retrouve toujours à son origine soit la blennorrhagie, soit des suites de couches pathologiques. Elle est alors manifestement en rapport avec une lésion inflammatoire du vagin, de l'utérus ou des trompes et ne relève aucu-

nement de l'ovaire. Nous n'avons pas à insister ici sur cette leucorrhée dont les caractères cliniques sont bien connus.

2) Il n'en est plus de même de certaines pertes blanches qu'on observe chez un grand nombre de ces malades et dont l'apparition a coïncidé avec l'établissement de la fonction menstruelle. Rien de plus fréquent que cette leucorrhée apparaissant au moment de la puberté et existant en dehors de toute cause d'infection locale. On la retrouve surtout chez les femmes qui ont toujours été mal réglées, chez lesquelles tout l'appareil génital semble fonctionner imparfaitement. Cette leucorrhée accompagne souvent l'insuffisance ovarienne, peut donc lui être rattachée, sans que l'on puisse préciser davantage, le rapport de cause à effet qui existe entre cet état morbide et ce symptôme. Plus tard dans un grand nombre des cas nous voyons la leucorrhée d'ordre infectieuse venir remplacer les pertes blanches de la puberté, et à un écoulement insignifiant, incolore, succèdent soit des pertes vertes et épaisses de la blennorrhagie aiguë, soit les pertes jaunes des affections chroniques des organes génitaux, soit des pertes glaireuses des métrites.

Il existe enfin des femmes qui présentent des symptômes indéniables d'ovarite et d'insuffisance ovarienne et qui n'ont jamais présenté de leucorrhée :

il en est ainsi des trois femmes dont l'histoire est rapportée dans les observations 4, 6 et 10.

Douleur. — De même que pour la leucorrhée il faut éliminer de suite les douleurs qui sont dues à la salpingite concomittante. Dans la plus grande partie de nos cas c'est d'elle que dépendent les douleurs dont se plaignent les malades.

On trouve cependant fréquemment le symptôme douleur chez les femmes qui ne présentent aucune lésion salpingienne (obs. 1, 2, 3, 6, 7, 8, etc.) et où les douleurs accompagnent nettement l'insuffisance ovarienne. Elles s'observent surtout dans le cas où cette insuffisance est liée à des lésions anatomiques des ovaires, à l'ovarite scléro kystique en particulier. Dans sa très intéressante thèse sur l'ovarite scléro-kystique Fraikin (1) a bien étudié les caractères de cette douleur. Un caractère qui lui est particulier est, suivant nous, ce fait que très souvent elle ne présente pas d'irradiations douloureuses du côté des cuisses, irradiations qui au contraire se retrouvent dans presque tous les cas où il existe une salpingite.

Dans les cas où ovarite et salpingite coexistent il est difficile de dire quelle part revient à l'une ou à l'autre de ces affections dans la production des phénomènes douloureux.

(1) *Fraikin.* — Ovarite scléro-kystique (Thèse de Bordeaux, 1899).

Nous avons fini l'étude de différents troubles fonctionnels qui peuvent accompagner l'insuffisance ovarienne et nous abordons maintenant les symptômes généraux de beaucoup les plus caractéristiques qui appartiennent en propre à cet état morbide, et qui constituent avec les modifications de la menstruation ce qu'on pourrait appeler le *syndrome de l'insuffisance ovarienne*.

Symptômes généraux. — Il y a lieu de distinguer ici deux ordres de troubles : des phénomènes congestifs, d'ordre vaso-moteur et des phénomènes nerveux et psychiques.

Parmi les symptômes congestifs les plus caractéristiques et qui cependant peuvent, comme nous le verrons, faire défaut dans certaines conditions, sont les *bouffées de chaleur*. Elles sont caractérisées cliniquement par une sensation subite de chaleur à la tête, accompagnée de rougeur de la face et quelquefois d'étourdissement, d'éblouissement et de suffocation. Chez certaines femmes en même temps que les bouffées de chaleur surviennent des crises de transpiration tantôt seulement localisées soit à la tête, soit aux mains et aux pieds, tantôt inondant tout le corps de sueurs. Ces bouffées congestives sont assez variables comme fréquence : pouvant survenir jusqu'à dix fois et plus dans la même journée, elles ne reviennent chez d'autres malades que tout les quelques jours et quelquefois seulement au moment des

règles. Il ne faut pas attribuer à l'insuffisance ovarienne les bouffées de chaleur qui surviennent chez certaines femmes après les repas ; elles sont alors dues le plus souvent à ce que les fonctions digestives s'accomplissent mal et n'ont rien à faire par conséquent avec les troubles ovariens. Les bouffées de chaleur avons-nous dit, peuvent manquer quelquefois chez des femmes présentant d'autre part tous les troubles d'insuffisance ovarienne et chez lesquelles on a pu constater des lésions manifestes des ovaires. Nous avons remarqué que leur absence coïncidait souvent avec des règles très abondantes qui semblent jouer là le rôle de véritables saignées.

Phénomènes nerveux. — La céphalée se rencontre très fréquemment chez les femmes dont l'ovaire fonctionne mal. Beaucoup de ces malades souffrent en même temps d'insomnie due à un état de nervosisme particulier : lorsqu'elles s'endorment leur sommeil est agité, troublé souvent par des cauchemars terrifiants.

Un symptôme qui ne manque pour ainsi dire jamais c'est le changement du caractère des malades. Elles deviennent irritables, émotives, impatientes ; elles s'emportent à la moindre occasion et pleurent très facilement. Les crises nerveuses ne sont pas rares ; chez quelques-unes d'entre elles ces crises n'apparaissent qu'au moment des règles. Telle est le cas de la jeune femme dont nous rapportons l'histoire dans l'obs. 4. Chez cette malade l'apparition des crises

coïncide avec l'établissement de la menstruation, elles ne surviennent qu'au moment des règles et présentent tous les caractères des crises hystériques.

A côté de cet état nerveux on relève très souvent chez les malades une tendance mélancolique et hypochondriaque. Elles sont tristes, tourmentées par des idées sombres, sans que celles-ci soient justifiées par des circonstances extérieures pénibles ; ces idées noires peuvent aller jusqu'à l'idée de suicide : on note en même temps, assez fréquemment, l'affaiblissement ou la perte de la mémoire.

Une asthénie neuro-musculaire très marquée accompagne souvent les autres phénomènes, elle se traduit par un affaiblissement, une dépression, une lassitude générale ; la femme se sent fatiguée par la moindre action, elle a horreur de tout effort physique et bientôt le travail lui devient absolument impossible. A cet état d'asthénie s'ajoutent parfois des douleurs musculaires qui rendent les mouvements encore plus pénibles.

Tous ces symptômes que nous venons d'énumérer sont plus ou moins accentués suivant les cas, quelques-uns d'entre eux peuvent être très atténués ou même manquer complètement : « plus l'insuffisance est complète plus les troubles sont marqués et le fait est facile à comprendre, puisqu'on se rapproche de l'insuffisance totale créée par l'acte chirurgical » (Jayle). Ainsi dans la ménopause physiologique on voit quel-

quelquefois survenir des symptômes très pénibles ; quelquefois au contraire on ne constate aucun trouble. Ces troubles ménopausiques ne se produiraient que lorsqu'il y a des lésions du côté des ovaires ; quand ceux ci sont sains, ces phénomènes manquent complètement.

Et nous possédons un fort beau cas qui est de nature à confirmer cette manière de voir, c'est l'observation que nous rapportons dans notre exposé clinique et où il s'agit d'une femme opérée pour un cancer plusieurs années après la ménopause ; ce fait nous paraît démontrer clairement que la suppression des règles ne suffit pas, comme on l'a prétendu, à amener des troubles ; il faut pour cela que des lésions anatomiques viennent entraver l'accomplissement normal de la sécrétion interne de l'ovaire.

Symptômes physiques. — L'examen physique de la malade donne relativement peu d'appoint au diagnostic de l'insuffisance. Il ne doit cependant pas être négligé, car, d'une part, il permet de constater des lésions salpingiennes et métritiques, qui souvent sont associés, et d'autre part, il peut fournir quelques autres renseignements concernant la question qui nous intéresse.

1°) Dans un certain nombre de cas on ne trouve absolument rien dans les culs-de-sacs. *Ces résultats négatifs n'impliquent nullement l'idée de l'intégrité des ovaires*, car, très souvent les ovaires sont très

atrophies, réduits à des restes insignifiants de tissu séléreux et par conséquent ne peuvent pas être sentis par le toucher.

2^o On peut constater dans les deux culs-de-sacs ou d'un côté seulement un petit corps allongé, douloureux à la pression ; ce petit corps qui est l'ovaire hypertrophié, paraît au toucher bosselé, marronné et muriforme ; il s'agit d'une ovarite sélero-kystique à laquelle vient s'ajouter quelquefois de la péri-ovarite ; souvent l'ovaire est prolabé dans le cul-de-sac postérieur, mais il peut occuper sa situation normale.

3^o Enfin dans un troisième ordre de fait, que l'ovaire soit senti ou non, on trouve des particularités du côté de l'appareil génital de la femme, particularités qui méritent d'attirer l'attention.

En effet, chez des femmes présentant des troubles de l'insuffisance ovarienne il n'est pas rare de constater un certain degré d'atrophie des organes génitaux. L'utérus est peu développé, presque infantile ; le col est petit avec la lèvre antérieure plus ou moins atrophiee ; de sorte qu'en présence de cet utérus pour ainsi dire rudimentaire on se demande comment il pourrait remplir son rôle d'organe gestateur. Et en effet nous voyons que très souvent ces femmes sont vouées à la stérilité absolue ou relative. Les utérus infantiles présentent des déviations diverses : tantôt c'est une rétro-déviatiou mobile ou adhérente, tantôt une antéflexion marquée au point que l'utérus est complète-

ment recroquevillé sur lui-même, en boule, comme nous avons pu le constater dans un cas (Obs. 16). Tout l'appareil génital de ces femmes est en état d'infériorité manifeste, et cet état d'infériorité des organes de reproduction coïncide bien souvent avec une dégénérescence totale de l'organisme : taille petite, apparence chétive, seins peu développés, nervosisme et un état mental au-dessous de la moyenne. Nous étudierons cette catégorie de malade dans le chapitre suivant sous le nom d'insuffisance ovarienne congénitale.

Nous avons terminé l'étude analytique des différents troubles auxquels peut donner lieu le fonctionnement insuffisant de l'ovaire. Pour nous résumer nous dirons que ce qui caractérise particulièrement cet état d'insuffisance de la glande ovarienne et ce qui lui donne sa physionomie propre, c'est d'une part les modifications de la menstruation, et d'autre part les phénomènes congestifs et nerveux exactement pareils à ceux que l'on retrouve chez les femmes ayant subi la castration ovarienne.



Conditions étiologiques

Ce chapitre comprendra deux parties : Dans une première partie nous voulons étudier les conditions physiologiques et pathologiques dans lesquelles on peut observer le plus souvent l'insuffisance ovarienne. Dans la deuxième partie nous tâcherons de mettre en relief les causes qui, ces conditions données, interviennent comme agents déterminants dans l'apparition des troubles fonctionnels de l'ovaire.

1) *Causes prédisposantes.* — *Age.* — Les troubles de l'insuffisance ovarienne peuvent faire leur apparition à trois époques différentes de la vie. Au moment de la *puberté*, alors que s'établit la fonction menstruelle, on voit quelquefois celle-ci s'accomplir mal d'emblée et les symptômes généraux de l'insuffisance ovarienne les suivre de près. Ce sont ces cas où le mauvais fonctionnement de l'ovaire peut être considéré comme primitif et congénital. Ces mêmes troubles peuvent être observés à une époque tout opposée de la vie, époque où finit la vie génitale de la femme, c'est-à-

dire au moment de la *ménopause*. On sait quelle intensité peuvent acquérir chez certaines de ces femmes les phénomènes congestifs et nerveux, c'est l'insuffisance qu'on pourrait appeler physiologique, si quelques faits ne semblaient montrer que très souvent dans ces cas les troubles sont en rapport avec des lésions anatomiques de l'ovaire, et qu'on ne les observe guère chez les femmes dont les ovaires sont parfaitement sains. Nous pouvons citer trois cas où la laparotomie fut faite pour des cancers de l'utérus et où l'examen anatomique ne permit de constater aucune lésion des ovaires. Dans une de ces observations nous trouvons même marqué ceci : « les ovaires sont remarquables par leur bel état ». Ces femmes n'avaient présenté au moment de la ménopause aucun trouble d'insuffisance. Quant à l'insuffisance acquise, d'ordre pathologique, elle apparaît d'habitude chez des *femmes jeunes entre 19 et 30 ans*, à la période de la plus grande activité sexuelle, alors qu'elles sont le plus exposées à toutes les causes d'infections.

Milieu. — A côté de ces conditions d'âge il faut faire intervenir le milieu dans lequel vit le malade. Les grands centres ouvriers semblent favoriser singulièrement l'apparition des troubles ovariens. Cela est surtout vrai pour l'insuffisance congénitale. Nous avons vu qu'elle coïncidait souvent avec un état de dégénérescence général, de développement physique imparfait et il est inutile de rappeler ici les conditions dé-

plorables que présentent les cités ouvrières et industrielles au développement régulier et normal de l'organisme.

Terrain. — Ceci nous amène directement à considérer cet organisme lui-même, c'est à-dire le terrain sur lequel l'insuffisance ovarienne se manifeste le plus volontiers. La débilité générale, la dégénérescence de l'organisme tout entier, peuvent être constatés presque chez toutes les femmes chez lesquelles les symptômes d'insuffisance sont apparus de bonne heure, à la puberté. Nous l'avons d'ailleurs répété déjà à plusieurs reprises, mais nous tenons à bien attirer l'attention sur cette classe particulière de dégénérées, chez lesquelles l'insuffisance ovarienne est pour ainsi dire inhérente à l'organisme même, et chez lesquelles les troubles ovariens ne pourront être traités, cela se conçoit facilement, par des moyens chirurgicaux habituels, qui ne pourront aboutir ici à aucun résultat. En même temps que des dégénérées ces femmes sont le plus souvent des nerveuses, condition qui, en s'ajoutant aux troubles nerveux dus à la fonction insuffisante de l'ovaire, ne fait qu'accroître l'intensité de ces troubles et les rend particulièrement pénibles dans certains cas.

On pourrait faire entrer dans l'étude du terrain la question de dégénérescence de la race ou de la famille, mais nous avouons que les faits nous mon-

quent absolument, nous ne nous croyons donc pas autorisés même à ébaucher ce point.

2) *Causes déterminantes ; accidents qui chez une femme prédisposée ou non, peuvent venir troubler le fonctionnement normal de l'ovaire.* — La première cause est la *congénitalité*, sur laquelle nous nous sommes suffisamment expliqué pour ne pas avoir à y revenir. Mais nous ferons remarquer ici que c'est le seul cas où l'insuffisance ovarienne peut être considérée comme primitive, due à un processus de dégénérescence de l'ovaire, et non à des phénomènes inflammatoires.

Nous arrivons de suite à la grande cause de l'insuffisance, l'*infection*, dont le rôle pour nous est des plus importants. Il y a lieu de distinguer ici deux cas : l'infection est *locale*, n'intéresse que l'appareil génital, ou bien elle est *générale*, due à la pénétration dans l'organisme des toxines microbiennes ou inorganiques.

Infection locale. — C'est à elle que semble être due le plus grand nombre d'insuffisances ovariennes. Le rôle des infections de l'appareil génital dans la production des ovarites est généralement connu, ces ovarites pouvant exister seules ou être consécutives à une inflammation des trompes.

Fraikin, dans sa thèse, fait même de l'ovarite scléro-kystique une lésion toujours secondaire à une salpingite. Cette manière de voir nous semble trop ab-

solue, car nous connaissons des cas où les lésions de l'ovaire ne s'étaient nullement accompagnées de lésions des trompes. Ces deux grands accidents infectieux qui servent le plus souvent de point de départ à l'insuffisance ovarienne acquise sont la blennorrhagie et la puerpéralité. L'infection gonococcique se trouve en effet plusieurs fois signalées dans nos observations ; il en est de même des accouchements à terme ou avant terme, que les malades évoquent assez souvent pour marquer le début de leurs accidents.

Infection générale. — L'infection générale peut-elle intervenir dans la production de l'insuffisance ovarienne et dans quelle mesure ? Nous ne pouvons trancher cette question que tout à fait théoriquement et en tenant compte de quelques données expérimentales récentes. Nous voulons parler des expériences que Matchinsky (1) rapporte dans un récent article publié dans les Annales de l'Institut Pasteur. Ce travail fut fait dans un but qui n'avait aucun rapport avec le sujet de notre étude ; l'auteur se propose d'étudier premièrement l'atrophie des ovaires chez les mammifères comparativement à ce même processus chez d'autres vertébrés ; deuxièmement les manifestations de la phagocytose dans ces cas. Pour nous les points intéressants de cet ouvrage sont les expériences faites

(1) Matchinsky. — De l'atrophie des ovules dans les ovaires des mammifères (Annales de l'Institut Pasteur, Mars 1900).

par Matchinsky lui-même et par d'autres auteurs, les résultats de ces expériences et enfin les conclusions qu'on peut en tirer. Nous verrons quel usage nous pouvons faire de ces conclusions pour la question qui nous intéresse.

Voici un court résumé de l'article :

Chez les femelles toutes jeunes (cobayes, lapins, chiens, chats), mais pubères, on trouve même à l'état sain des ovules atrophiées en assez grand nombre. Ce nombre augmente considérablement si les animaux sont placés dans des conditions anormales ou bien lorsqu'ils sont soumis à l'action de certains agents nocifs.

Ainsi chez les animaux en captivité on trouve une quantité considérable d'ovules atrophiés. Ce qui prouve que les ovules sont extrêmement sensibles à toute influence nocive pour l'organisme entier. Ceci devient encore plus manifeste dans les cas où des substances toxiques sont introduites dans l'organisme de ces animaux. Les injections des toxines tétaniques (Metchnikoff, diphtériques Matchinsky) amènent l'atrophie d'un nombre considérable d'ovules. Même l'introduction des toxines faibles, telles que la levure pathogène, donne déjà lieu à des modifications sensibles du côté des ovaires. On constate en outre que ces organes ont une affinité particulière pour les substances toxiques qu'on trouve accumulées en grande quantité dans les ovaires. Les mêmes résultats sont

obtenus par l'injection des poisons inorganique, l'arsenic par exemple. De ces faits on peut conclure :

1) Que les toxines diverses introduites dans l'organisme amènent l'atrophie des éléments nobles des ovaires et leur substitution par du tissu scléreux (phénomènes de diapédèse et de phagocytose, étudiés par l'auteur) :

2) Que étant donné l'affinité des ovaires pour les substances toxiques, des petites doses de toxines ou des toxines très faibles absolument inoffensives pour l'organisme suffisent pour produire des modifications du côté des ovaires ;

3) Ces faits permettent d'expliquer l'atrophie des ovules à l'état sain : elle est due à l'intoxication par les produits sécrétés par des bactéries peu nombreuses qui ont fortuitement pénétré dans l'organisme.

Si nous appliquons ces données expérimentales à la femme, il nous sera très facile à comprendre le rôle de l'infection générale dans la production de l'insuffisance ovarienne (qui est très souvent caractérisée anatomiquement par l'atrophie et la sclérose du tissu ovarien). Car en effet quelle est la femme qui n'ait pas subi l'atteinte d'une maladie infectieuse quelconque soit aiguë (rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde), soit chronique (tuberculose) ?

Il faut ajouter à cela les petites infections journalières, celles qui font pénétrer dans l'organisme des petites doses de toxines, et tout en passant par cet

organisme sans déterminer des troubles, viennent s'accumuler dans l'ovaire et amènent son atrophie lente. Ces notions nous permettent d'expliquer bien des fois l'existence des troubles ovariens, dont nous ne retrouvons pas la cause, et que pour cela nous pourrions trop facilement qualifier du nom d'insuffisance primitive, alors qu'elle est consécutive, secondaire à une infection passée inaperçue. Ces données permettront peut-être aussi de comprendre pourquoi la glande ovarienne fonctionne plus mal chez les femmes habitants les grands centres où les causes d'intoxications sont plus nombreuses.

Telles sont les causes principales qui, chacune isolément ou associées les unes aux autres, viennent troubler le fonctionnement normal de l'ovaire et le mettent en état d'infériorité, d'insuffisance.



Etat anatomique des ovaires dans l'insuffisance ovarienne

Nous serons très bref sur ce chapitre, car le nombre de cas observé ne nous paraît pas suffisant pour donner une bonne description anatomo-pathologique des ovaires chez les femmes présentant des troubles du côté des ovaires. Les causes pouvant amener ces troubles ovariens étant assez nombreuses, les lésions observées seront également variables. L'insuffisance ovarienne peut en effet se manifester dans un certain nombre de cas qui diffèrent notablement les uns des autres au point de vue des lésions qu'on y observe.

Il y a tout un groupe de malades atteintes d'insuffisance ovarienne, mais qui présentent si peu de lésions à l'examen physique que l'intervention chirurgicale ne semblerait pas justifiée. Aussi ces cas échappent-ils au contrôle anatomique, c'est ce groupe de faits qui à cause de l'absence de lésions cliniquement appréciables fut dénommé par Jayle : insuffisance d'ordre *physiologique*.

Que peut-on constater dans les autres cas dans lesquels des lésions plus marquées ont amené une intervention chirurgicale ?

1° Les ovaires seuls sont atteints : il n'existe que de l'ovarite scléro-kystique avec prédominance tantôt de la sclérose (atrophie des ovaires) tantôt des kystes, auquel cas les ovaires sont un peu augmentés de volume et très irréguliers. Nous ne donnons pas ici la description de cette ovarite scléro-kystique en renvoyant aux ouvrages qui sont consacrés à l'étude de ces lésions.

2) L'ovarite s'accompagne de péri-annexite ; ces faits ne sont pas rares, et les adhérences peuvent être quelquefois assez considérables pour englober complètement les ovaires ; ceux-ci souvent réduits à des petits restes de tissus sclérosés, sont même difficilement reconnaissables au milieu de ces adhérences.

3) Enfin le plus souvent l'ovarite existe en même temps qu'une salpingite.

Si très souvent ces lésions anatomiques des ovaires donnent lieu à des phénomènes d'insuffisance, il existe à côté des cas où avec des lésions très marquées aucun trouble fonctionnel n'a pu être relevé chez les malades. Nous rapportons dans notre exposé clinique deux cas de ce genre. Comment peut-on interpréter ce fait ? On est réduit à des hypothèses : dans certains cas il est probable que malgré les lésions il persiste suffisamment de tissu sain pour

assurer la sécrétion : en matière de néphrite, d'hépatite, de thyroïdite, nous connaissons suffisamment de cas analogues pour admettre la possibilité de cette théorie. Dans d'autre cas, il faudrait peut-être faire intervenir la question de suppléance, par le concours d'un autre organe, le corps thyroïde par exemple. Ainsi on connaît des faits où une affection de l'ovaire s'accompagne d'hypertrophie du corps thyroïde. De même qu'il existe des cas où des goîtres furent traités avec succès par des préparations ovariennes et vice versa, des troubles de la ménopause physiologique améliorés par la thyroïdine.



Traitement de l'insuffisance ovarienne

Avant de passer en revue successivement tous les moyens thérapeutiques que nous possédons pour remédier à l'état d'insuffisance ovarienne, nous tenons à bien mettre en relief un point : il n'existe qu'un traitement de cette insuffisance, c'est le *traitement médical*. En effet l'intervention chirurgicale ne saurait logiquement, en supprimant l'organe, enrayer des troubles dûs à la fonction insuffisante de cet organe. Elle ne pourrait que les aggraver, et si dans nos observations nous voyons presque toujours tenter l'opération, c'est uniquement pour parer aux phénomènes locaux (douleur), déterminés par les lésions anatomiques de l'ovaire, ou pour des lésions concomitantes (salpingite).

Nous allons donc insister surtout sur le traitement médical et passer rapidement sur le traitement

chirurgical, en indiquant le procédé qui de préférence doit être choisi dans les cas qui nous occupent.

Traitement médical. — Ce traitement donne surtout des résultats :

1) Dans les cas où l'insuffisance est congénitale et dans ceux où elle est liée à une débilité générale de l'organisme ; 2) dans les cas où cet état morbide semble être dû à des troubles fonctionnels de l'ovaire, c'est-à-dire lorsque l'examen physique ne permet de constater des lésions anatomiques cliniquement appréciables. C'est ce groupe « de femmes que les chirurgiens n'opèrent qu'à regret, parce qu'elles ont peu de lésions, et que les médecins soignent mal, parce qu'ils en font de simples nerveuses (1) ». Le traitement médical institué dans ces cas doit avoir pour but d'une part, la reconstitution générale de l'organisme, d'autre part, le rétablissement de la sécrétion ovarienne.

1°) *Traitement général.* — Pour atteindre la première indication le médecin peut disposer d'un grand nombre de moyens thérapeutiques dont chacun peut rendre de grands services lorsqu'il est rationnellement appliqué.

L'insuffisance ovarienne s'accompagne souvent de troubles digestifs plus ou moins marqués. Aussi le rétablissement des fonctions digestives devra être

(1) Jayle. — Presse médicale, 17 mars 1900.

la première préoccupation du médecin. Ce but sera atteint surtout par l'institution d'un régime alimentaire approprié, beaucoup plus que par l'administration de médicaments dont l'action lorsqu'elle n'est pas nuisible est souvent douteuse.

L'hydrothérapie, l'exercice, l'électricité pourront être utilement employés suivant les cas. L'anémie qui existe si souvent chez les jeunes femmes atteintes d'insuffisance ovarienne, sera combattue par des préparations ferrugineuses.

2°) Le rétablissement de la sécrétion ovarienne peut être tenté indirectement ; on conseillera le mariage à la jeune fille, ce qui n'est pas toujours, on le conçoit, un moyen thérapeutique à portée de main. Quant à l'emploi des emménagogues nous ne pouvons pas parler de leur action dans ces cas n'ayant jamais eu l'occasion de les employer.

Mais la méthode vraiment rationnelle, est l'*opothérapie ovarienne*. Elle vise directement le rétablissement de la sécrétion interne de l'ovaire, c'est le traitement pathogénique par excellence. L'administration des préparations ovariennes repose sur le même principe que toutes les autres méthodes opothérapiques. Elle a pour but de fournir à l'organisme les principes, qui, par suite de l'état d'infériorité de l'ovaire, sont déversés dans le sang en quantité insuffisante. Par conséquent les préparations de l'ovaire agissent comme agirait l'organe lui-même s'il était sain.

La médication ovarienne a été employée avec succès pour remédier aux troubles de la ménopause artificielle et physiologique. Elle doit être instituée dans tous les cas où en dehors de ces deux cas l'ovaire est insuffisant dans ses fonctions comme glande à sécrétion interne.

Quant au mode d'administration, celui que M. Jayle a adopté, il consiste à faire prendre à la malade des cachets d'ovarine à 0 gr. 25 cent., deux de ces cachets par jour. Ce traitement pour être efficace doit être suivi régulièrement et pendant longtemps.

Les résultats obtenus sont des plus variables. Il faut distinguer deux cas. Chaque fois que l'insuffisance est d'ordre physiologique, sans lésions appréciables des ovaires, la médication ovarienne donne des résultats très satisfaisants. La menstruation se régularise, les bouffées de chaleur disparaissent, les phénomènes nerveux s'amendent, et la malade qui en dehors de ces troubles généraux ne souffrait pas localement se voit de ce fait complètement guérie. Nous voyons clairement ces résultats dans les observations 17, 18, 19, 20 et 21 dues à l'obligeance de M. Jayle. Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'insuffisance ovarienne liée à des lésions profondes du côté des ovaires. On peut dans ces cas voir disparaître les troubles généraux, surtout les bouffées de chaleur qui cèdent presque toujours. Mais les symptômes locaux persistent, en particulier la douleur qui ne disparaît presque jamais

à la suite de la médication ovarienne. Et comme très souvent à côté de l'ovarite il existe des lésions du côté des trompes et de l'utérus, l'amélioration obtenue dans ces cas est tout à fait partielle et le bénéfice de cette médication seule est insignifiant.

Nous voyons cela nettement dans notre observation XV ; il en est de même dans quelques observations publiées par Jayle dans son article sur l'insuffisance ovarienne (Observ. VII et VIII). C'est dans ces cas qu'une intervention sanglante devient inévitable.

Traitement chirurgical contre des troubles concomitants. — Le traitement chirurgical est à conseiller dans tous les cas où le traitement médical (général et pathogénique) s'est montré insuffisant pour remédier à tous les troubles tant locaux que généraux déterminés par le mauvais fonctionnement de l'ovaire ; cas, où il existe des lésions manifestes soit du côté de l'ovaire seul soit du côté de l'ovaire et des autres parties de l'appareil génital. Il sera donc basé surtout sur l'examen physique de l'élément douleur (crampes, utérus). Ce traitement chirurgical devra être toujours *conservateur*, c'est-à-dire il ne devra supprimer que les parties malades de l'ovaire en laissant les parties du tissu sain. Les principales opérations conservatrices que l'on fait sur l'ovaire sont : la ponction des kystes, l'ignipuncture et la résection. Nous n'avons pas à entrer ici dans la description de la technique opératoire ; nous ferons, simplement remarquer que la

méthode conservatrice présente ici des avantages incontestables : « elle n'est pas nuisible puisqu'elle ne supprime que du tissu dégénéré ; elle est utile parce qu'elle amène la disparition des douleurs et qu'elle supprime l'épine irritative qui amenait des troubles dans la sécrétion même du suc ovarien. » (Jayle).

Nous pouvons donc conclure, que le traitement opothérapique devra être systématiquement tenté dans tous les cas d'insuffisance ovarienne ; que dans les cas où il se montrera insuffisant, il sera suivi de l'intervention chirurgicale conservatrice. Enfin le traitement général sera toujours un adjuvant très utile.



Conclusions

1) L'étude de l'état physiologique, dans lequel se trouvent les femmes qui ont subi la castration ovarienne, a mené à cette conclusion que l'ovaire rentre dans le groupe des organes à sécrétion interne, groupe établi par Cl. Bernard.

2) Des phénomènes pathologiques, transitoires ou permanents, peuvent mettre la glande ovarienne en état d'insuffisance fonctionnelle totale ou partielle.

3) La suppression totale de la sécrétion ovarienne avec conservation de la glande équivaut, au point de vue physiologique, à la suppression qui suit son extirpation.

4) Les troubles constatés après l'extirpation de la glande ovarienne se retrouvent donc dans les cas où des troubles physiologiques ou des lésions anatomiques aboutissent à la suppression permanente ou transitoire de la sécrétion ovarienne.

5°) En outre des troubles d'ordre général et réflexe on constate dans ces cas des troubles menstruels.

6°) L'insuffisance ovarienne est donc un syn-

drôme morbide caractérisé, d'une part, par des troubles de la fonction menstruelle et, d'autre part, par l'apparition des troubles vaso-moteurs et nerveux analogues à ceux déterminés par la castration ovarienne.

7°) L'insuffisance ovarienne peut être d'ordre physiologique et transitoire et elle relève alors exclusivement du traitement médical.

8°) L'insuffisance ovarienne est due à des lésions ovariennes et peut alors relever du traitement chirurgical qui est dirigé non contre elle-même mais contre les symptômes concomitants.

9°) L'insuffisance ovarienne peut être d'ordre congénital, liée à une imperfection de développement de l'appareil génital seul ou de l'organisme tout entier.

10° Le syndrome de l'insuffisance ovarienne permet seul d'affirmer le mauvais fonctionnement des ovaires. La constatation seule des lésions macroscopiques et microscopiques de l'ovaire ne pourrait aboutir à cette conclusion que les ovaires étaient dans l'incapacité de fonctionner.

Vu : le Président de la thèse,
L. LANDOUZY.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Index Bibliographique

LEGALLOIS. — Œuvres complètes de C. Legallois, édition Pariset. 1824, vol. 2, p. 113, 250.

CLAUDE BERNARD. — Rapports sur le progrès et la marche de la physiologie en France. Paris 1867.

BROWN-SÉQUARD. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*. 1889, juin, pages 415 et 420.

— *Archives de physiologie*, 1890, p. 202, 207, 456.

BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL. — *Archives de physiologie*, 1891, p. 491.

VILLENEUVE. — « Quelques faits pour servir à l'histoire des injections sous-cutanées du sac de tissu testiculaire et ovarien par la méthode de Br.-Séguard. » *Marseille médical*, 1889.

REGIS. — « Quatre folies consécutives à une ovaro-salpingectomie ». *Communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 2 juin 1893. In *Journal de médecine de Bordeaux*, 1893 et in *Tiré à part*.

WEISS. — *Wiener medicinische Presse*. Juin 1840, p. 873, 917, 953 et 1000.

JAYLE. — « Résultats éloignés de la castration chez la

femme », in *Bulletins de l'Académie de médecine*, 3 mars 1896.

MAINZER. — « Vorschlag zur Behandlung der Ausfallerscheinungen nach Castration ». *Deutsche medic. Wochenschrift*, 19 Mars 1896.

MOND. — « Kurze Mittheilungen über die Behandlung der Beschwerden bei natürlicher oder durch Operation veraplasten Amenorrhoe mit Eierstocks-conserven ». *Munich. med. Woch.*, 7 Avril 1896.

JAYLE. — « Opothérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme ». *Presse médicale*, 3 Mai 1896.

CHROBAK. — « Ueber Einverleibung von Eierstocksgewebe ». *Centralb. f. Gyn.*, 16 mai 1896.

LISSAC. — « Traitement des troubles consécutifs à la castration chez la femme. Opothérapie ovarienne ». Thèse Paris, 1896.

MURET. — « De l'organothérapie par l'ovaire ». Société Vaudoise de médecine, juin 1896, in *Revue médicale de la Suisse romande*, juillet 1896.

JAYLE. — « Opothérapie ovarienne ». *La Presse médicale*, 27 août 1896.

CARLO FREDELI. — « Recherches sur l'action thérapeutique de l'ovarine ; ses rapports avec une nouvelle théorie de la chlorose. »

JACOBS. — « Opothérapie ovarienne. »

CARATULO et TARULLI. — « La secrezione interna delle ovaie. Studio clinico sperimentale. » *Boll. dell. R. Acc. med. di Roma* 22^e année, page 5 et 6.

la première préoccupation du médecin. Ce but sera atteint surtout par l'institution d'un régime alimentaire approprié, beaucoup plus que par l'administration de médicaments dont l'action lorsqu'elle n'est pas nuisible est souvent douteuse.

L'hydrothérapie, l'exercice, l'électricité pourront être utilement employés suivant les cas. L'anémie qui existe si souvent chez les jeunes femmes atteintes d'insuffisance ovarienne, sera combattue par des préparations ferrugineuses.

2°) Le rétablissement de la sécrétion ovarienne peut être tenté indirectement ; on conseillera le mariage à la jeune fille, ce qui n'est pas toujours, on le conçoit, un moyen thérapeutique à portée de main. Quant à l'emploi des emménagogues nous ne pouvons pas parler de leur action dans ces cas n'ayant jamais eu l'occasion de les employer.

Mais la méthode vraiment rationnelle, est l'*opothérapie ovarienne*. Elle vise directement le rétablissement de la sécrétion interne de l'ovaire, c'est le traitement pathogénique par excellence. L'administration des préparations ovariennes repose sur le même principe que toutes les autres méthodes opothérapiques. Elle a pour but de fournir à l'organisme les principes, qui, par suite de l'état d'infériorité de l'ovaire, sont déversés dans le sang en quantité insuffisante. Par conséquent les préparations de l'ovaire agissent comme agirait l'organe lui-même s'il était sain.

La médication ovarienne a été employée avec succès pour remédier aux troubles de la ménopause artificielle et physiologique. Elle doit être instituée dans tous les cas où en dehors de ces deux cas l'ovaire est insuffisant dans ses fonctions comme glande à sécrétion interne.

Quant au mode d'administration, celui que M. Jayle a adopté, il consiste à faire prendre à la malade des cachets d'ovarine à 0 gr. 25 cent., deux de ces cachets par jour. Ce traitement pour être efficace doit être suivi régulièrement et pendant longtemps.

Les résultats obtenus sont des plus variables. Il faut distinguer deux cas. Chaque fois que l'insuffisance est d'ordre physiologique, sans lésions appréciables des ovaires, la médication ovarienne donne des résultats très satisfaisants. La menstruation se régularise, les bouffées de chaleur disparaissent, les phénomènes nerveux s'amendent, et la malade qui en dehors de ces troubles généraux ne souffrait pas localement se voit de ce fait complètement guérie. Nous voyons clairement ces résultats dans les observations 17, 18, 19, 20 et 21 dues à l'obligeance de M. Jayle. Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'insuffisance ovarienne liée à des lésions profondes du côté des ovaires. On peut dans ces cas voir disparaître les troubles généraux, surtout les bouffées de chaleur qui cèdent presque toujours. Mais les symptômes locaux persistent, en particulier la douleur qui ne disparaît presque jamais

à la suite de la médication ovarienne. Et comme très souvent à côté de l'ovaire il existe des lésions du côté des trompes et de l'utérus, l'amélioration obtenue dans ces cas est tout à fait partielle et le bénéfice de cette médication seule est insignifiant.

Nous voyons cela nettement dans notre observation XV ; il en est de même dans quelques observations publiées par Jayle dans son article sur l'insuffisance ovarienne (Observ. VII et VIII). C'est dans ces cas qu'une intervention sanglante devient inévitable.

Traitement chirurgical contre des troubles concomitants. — Le traitement chirurgical est à conseiller dans tous les cas où le traitement médical (général et pathogénique) s'est montré insuffisant pour remédier à tous les troubles tant locaux que généraux déterminés par le mauvais fonctionnement de l'ovaire ; cas, où il existe des lésions manifestes soit du côté de l'ovaire seul soit du côté de l'ovaire et des autres parties de l'appareil génital. Il sera donc basé surtout sur l'examen physique de l'élément douleur (crampes, utérus). Ce traitement chirurgical devra être toujours *conservateur*, c'est-à-dire il ne devra supprimer que les parties malades de l'ovaire en laissant les parties du tissu sain. Les principales opérations conservatrices que l'on fait sur l'ovaire sont : la ponction des kystes, l'ignipuncture et la résection. Nous n'avons pas à entrer ici dans la description de la technique opératoire ; nous ferons simplement remarquer que la

méthode conservatrice présente ici des avantages incontestables : « elle n'est pas nuisible puisqu'elle ne supprime que du tissu dégénéré; elle est utile parce qu'elle amène la disparition des douleurs et qu'elle supprime l'épine irritative qui amenait des troubles dans la sécrétion même du suc ovarien. » (Jayle).

Nous pouvons donc conclure, que le traitement opothérapique devra être systématiquement tenté dans tous les cas d'insuffisance ovarienne; que, dans les cas où il se montrera insuffisant, il sera suivi de l'intervention chirurgicale conservatrice. Enfin le traitement général sera toujours un adjuvant très utile.



Conclusions

1) L'étude de l'état physiologique, dans lequel se trouvent les femmes qui ont subi la castration ovarienne, a été à cette conclusion que l'ovaire rentre dans le groupe des organes à sécrétion interne, groupe établi par Cl. Bernard.

2) Des phénomènes pathologiques, transitoires ou permanents, peuvent mettre la glande ovarienne en état d'insuffisance fonctionnelle totale ou partielle.

3) La suppression totale de la sécrétion ovarienne avec conservation de la glande équivalant, au point de vue physiologique, à la suppression qui suit son extirpation.

4) Les troubles constatés après l'extirpation de la glande ovarienne se retrouvent donc dans les cas où des troubles physiologiques ou des lésions anatomiques aboutissent à la suppression permanente ou transitoire de la sécrétion ovarienne.

5°) En outre des troubles d'ordre général et réflexe on constate dans ces cas des troubles menstruels.

6°) L'insuffisance ovarienne est donc un syn-

drôme morbide caractérisé, d'une part, par des troubles de la fonction menstruelle et, d'autre part, par l'apparition des troubles vaso-moteurs et nerveux analogues à ceux déterminés par la castration ovarienne.

7°) L'insuffisance ovarienne peut être d'ordre physiologique et transitoire et elle relève alors exclusivement du traitement médical.

8°) L'insuffisance ovarienne est due à des lésions ovariennes et peut alors relever du traitement chirurgical qui est dirigé non contre elle-même mais contre les symptômes concomitants.

9°) L'insuffisance ovarienne peut être d'ordre congénital, liée à une imperfection de développement de l'appareil génital seul ou de l'organisme tout entier.

10° Le syndrome de l'insuffisance ovarienne permet seul d'affirmer le mauvais fonctionnement des ovaires. La constatation seule des lésions macroscopiques et microscopiques de l'ovaire ne pourrait aboutir à cette conclusion que les ovaires étaient dans l'incapacité de fonctionner.

Vu : le Président de la thèse,
L. LANDOUZY.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Index Bibliographique

LEGALLOIS. — Œuvres complètes de C. Legallois, édition Pariset, 1824, vol. 2, p. 113, 250.

CLAUDE BERNARD. — Rapports sur le progrès et la marche de la physiologie en France. Paris 1867.

BROWN-SÉQUARD. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*. 1889, juin, pages 415 et 420.

— *Archives de physiologie*, 1890, p. 202, 207, 456.

BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL. — *Archives de physiologie*, 1891, p. 491.

VILLENEUVE. — « Quelques faits pour servir à l'histoire des injections sous-cutanées du sac de tissu testiculaire et ovarien par la méthode de Br.-Séquard. » *Marseille médical*, 1889.

REGIS. — « Quatre folies consécutives à une ovaro-salpingectomie ». *Communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 2 juin 1893. In *Journal de médecine de Bordeaux*, 1893 et in *Tiré à part*.

WEISS. — *Wiener medicinische Presse*. Juin 1840, p. 873, 917, 959 et 1000.

JAYLE. — « Résultats éloignés de la castration chez la

femme », in *Bulletins de l'Académie de médecine*, 3 mars 1896.

MAINZER. — « Vorschlag zur Behandlung der Ausfallsercheinungen nach Castration ». *Deutsche medic. Wochenschrift*, 19 Mars 1895.

MOND. — « Kurze Mittheilungen über die Behandlung der Beschwerden bei natürlicher oder durch Operation veraplassten Amenorrhoe mit Eierstocks-conserven ». *Munich. med. Woch.*, 7 Avril 1896.

JAYLE. — « Opothérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme ». *Presse médicale*, 3 Mai 1896.

CHROBAK. — « Ueber Einverleibung von Eierstocksgewebe ». *Centralb. f. Gyn.*, 16 mai 1896.

LISSAC. — « Traitement des troubles consécutifs à la castration chez la femme. Opothérapie ovarienne ». Thèse-Paris, 1896.

MURET. — « De l'organothérapie par l'ovaire ». Société Vaudoise de médecine, juin 1896, in *Revue médicale de la Suisse romande*, juillet 1896.

JAYLE. — « Opothérapie ovarienne ». *La Presse médicale*, 27 août 1896.

CARLO FREDELI. — « Recherches sur l'action thérapeutique de l'ovarine ; ses rapports avec une nouvelle théorie de la chlorose. »

JACOBS. — « Opothérapie ovarienne. »

CARATULO et TARULLI. — « La secrezione interna delle ovaie. Studio clinico sperimentale. » *Boll. dell. R. Acc. med. di Roma* 22^e année, page 5 et 6.

FERRÉ et BESTIOU. — Action du suc ovarien. *La Presse médicale* 1897, n° 37.

JACOBS. — « Opothérapie ovarienne » *Journal d'accouchement de siège*, 1897, n° 23.

JAYLE. — « Effets physiologiques de la castration chez la femme. » *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, mai-juin 1897.

GLEYS. — « Exposé de données expérimentales sur les correlations fonctionnelles chez les animaux. » *Année biologique*, 1897, p. 313, 330.

LANDOUZY. — « Sérothérapie » *Leçons de thérapeutique et de matière médicale*, 1898, p. II.

DASTRE. — « Les sécrétions internes. L'opothérapie ». *Revue des deux Mondes*, 1^{er} mars 1899, p. 197.

FRAIKIN. — « Ovarite scléro-kystique ». *Thèse, Bordeaux*, 1899.

MONTANA. — « Les opérations conservatrices de l'ovaire et de la trompe. Résultats éloignés ». *Thèse, Paris*, 1899.

JAYLE. — « L'insuffisance ovarienne ». *Presse Médicale*, 47 mars 1900.

MATCHINSKI. — « De l'atrophie des ovules dans les ovaires des mammifères ». *Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1900.



Table des Matières

	Pages
Introduction	5
Historique de la sécrétion interne de l'ovaire	9
Exposé de faits cliniques	19
Troubles déterminés par la fonction insuffisante de l'ovaire.....	55
Conditions étiologiques.....	67
Etat anatomique des ovaires dans l'insuffisance.....	75
Traitement de l'insuffisance ovarienne	79
Conclusions.....	85
Index Bibliographique.....	87

